UNIVERSITÉ PARIS DIDEROT - PARIS 7

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2012 **n° ________**

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT

DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

LHUILLIER (MASSON) Laurenne

Née le 15 octobre 1982 à Paris 18e

Présentée et soutenue publiquement le 10 avril 2012

Impact d'une intervention auprès d'étudiants en médecine sur leur représentation du préservatif féminin

Président de thèse : Professeur Michel NOUGAIREDE

Directeur de thèse : Docteur Julien GELLY

DES de Médecine générale

Remerciements

Au Professeur Michel Nougairède,

Pour m’avoir fait aimer la médecine générale, puis pour avoir initié et guidé ce travail, et enfin pour avoir accepté de présider cette thèse.

Au Professeur Philippe Vinceneux et au Professeur Enrique Casalino,

Qui me font l’honneur de juger cette thèse.

Au Docteur Julien Gelly,

Pour avoir accepté de devenir mon directeur de thèse, merci pour ta disponibilité.

Au Professeur Jean-Pierre Aubert,

Pour avoir mis en place la partie informatique de ce travail.

Aux étudiants en médecine,

Qui ont rendu ce travail possible en répondant au questionnaire,

Merci pour leur honnêteté.

Aux Docteurs Christidis, Mazars, Menard,

Pour leurs enseignements précieux, et grâce auxquels j’ai davantage aimé mon métier.

A l’équipe de la Place Santé – ACSBE,

Pour cette nouvelle aventure professionnelle qui commence.

A ma famille,

Pour votre soutien dans les différentes étapes de ma vie, et pour l’affection que vous me portez à chaque instant.

A Maud, Pauline, Célyne, Cyril, Audrey, et les autres,

Qui m’ont soutenue et conseillée tout au long de ce travail.

A Jérôme,

Mon mari,

Pour ton aide indispensable dans ce travail, pour ton soutien inconditionnel, et pour ton amour.

Table des matières

Figures et tableaux

Table des annexes

Abréviations

BEH : Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire

CDAG : Centre de dépistage anonyme et gratuit

CMV : Cytomégalovirus

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

CPEF : Centre de planification et d'éducation familiale

DDASS : Direction départementale des affaires sanitaires et sociales

FC1 : « Female condom » 1, préservatif féminin de 1ère génération

FC2 : « Female condom » 2, préservatif féminin de 2ème génération

INED : Institut national d'études démographiques

INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale

IST : Infection sexuellement transmissible

OMS : Organisation mondiale de la Santé

ONUSIDA : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA

SIDA ou AIDS : Syndrome d'immunodéficience acquise

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

WHO : World Health Organization

I. Introduction

Le préservatif féminin semble mal connu des professionnels de santé, et de ce fait, est peu proposé aux femmes. Il bénéficie pourtant d'une efficacité quasi-comparable à celle du préservatif masculin en matière de contraception et de protection contre les IST. L'intérêt de mieux connaître le préservatif féminin est de pouvoir proposer une alternative au préservatif masculin, et de l'intégrer dans le panel dont disposent aujourd'hui les femmes dans le choix de leur contraceptif. Le préservatif féminin présente de nombreux avantages, mais il souffre d'une image négative, en raison de son aspect inhabituel et de sa taille.

La diffusion du préservatif féminin en France se fait aujourd'hui essentiellement par des distributions gratuites par les CPEF, les CDAG et les associations de lutte contre le VIH, alors que l'achat spontané en pharmacie est très faible.

Une des raisons de la faible diffusion du préservatif féminin est probablement la méconnaissance de ce moyen de contraception et de protection contre les IST par les médecins. J'ai donc pensé qu'il serait intéressant d'interroger des médecins en formation sur leurs éventuelles connaissances sur le préservatif féminin, et de leur proposer une formation en insistant sur les avantages et les inconvénients de cette méthode.

J'ai profité du certificat complémentaire optionnel de médecine préventive enseigné dans mon université pour interroger des étudiants en médecine. Une formation des étudiants en médecine sur les avantages et les inconvénients du préservatif féminin associée à la distribution d'échantillons peut-elle modifier leur représentation de ce moyen de contraception ?

Dans un premier temps, je ferai un état des lieux du préservatif féminin en France, en rappelant ses caractéristiques, son mode d'emploi, sa place dans le paysage contraceptif français, et enfin ses avantages et inconvénients.

Dans un deuxième temps, je présenterai l’enquête que j’ai réalisée auprès des étudiants en médecine, dans laquelle je les ai interrogés sur leur représentation du préservatif féminin, avant et après une formation que je leur ai proposée.

1. Carte d'identité du préservatif féminin

1.1. Histoire du préservatif féminin

Le préservatif féminin, pourtant évoqué dans l'Antiquité, a une histoire beaucoup plus récente que celle du préservatif masculin. La promotion d'un « préservatif pour dames » est retrouvée dans un journal de vente par correspondance en France dès 1908. Il s'agit alors d'un préservatif en caoutchouc, qui est « comme un second vagin protecteur qui garantit la sécurité complète, laisse l'illusion du naturel et ajoute à l'intensité des sensations ». Mais la notion de limitation des naissances défendue par les néo-malthusiens est vite réprimée. (1)

Il réapparaît dans les années 1980, un dispositif est conçu par le physicien danois Lasse Hessel et perfectionné par le docteur Erik Gregersen. La Food and Drug Administration américaine donne son approbation en 1993 pour sa mise sur le marché en tant que contraceptif à usage unique. En 1996, la société commerciale Female Health Company est créée et acquiert les droits, auprès de la firme anglaise Chartex, d'un nouveau dispositif intra vaginal en polyuréthane. (1, 2)

Pour l'Europe, la normalisation du produit (marquage CE) intervient le 15 juin 1998. Le préservatif féminin de première génération (en polyuréthane) est commercialisé pour la France par la Société Terpan sous l'appellation « Fémidom » ou « Female Condom » (FC1). Le préservatif féminin de seconde génération (FC2) est diffusé depuis 2007 en France et remplace progressivement le préservatif féminin de première génération. Les deux modèles sont identiques. Seule la matière utilisée est différente. (1)

La commercialisation du préservatif féminin en France est donc intervenue beaucoup plus tard que le préservatif masculin. L'usage de ce dernier s'est banalisé grâce à des campagnes de promotion nationale, la multiplication de distributeurs et la baisse continue de son prix. Depuis quelques années, le préservatif féminin profite à son tour d'actions et campagnes départementales et nationales. Malgré

cela, son usage reste très modéré, il reste peu connu et relativement coûteux en dehors de ces campagnes. (2)

1.2. Description

Le FC1 (figure 1) est formé d’une gaine de polyuréthane comportant un anneau extérieur soudé, qui est en nitrile, et un anneau intérieur libre en polyuréthane.

L’anneau interne, de 5 cm de diamètre environ, facilite l’insertion du préservatif et en maintient le fond contre le col de l’utérus.

L’anneau externe, de 7 cm de diamètre environ, est soudé à l’entrée du préservatif et doit se trouver à l’extérieur du vagin, recouvrant la vulve et permettant de maintenir le préservatif en place. (2, 3)

Le FC2 (figure 2) a la même forme que le FC1, il s'utilise de la même façon. Il est fabriqué dans un nouveau matériau, le nitrile synthétique, qui permet de réduire son coût de production tout en lui conservant les qualités, la fiabilité et les caractéristiques du FC1.



Figure 1 – Photo du « Female Condom 1 »



Figure 2 – Photo du « Female Condom 2 »

Les deux types de préservatifs féminins sont recouverts d’un lubrifiant à base de silicone, le diméthicone, compatible avec tout type de lubrifiant et non-spermicide. Les préservatifs féminins sont transparents, inodores et sans goût.

J’ai réalisé un tableau comparatif (tableau 1) des dimensions et des prix des FC1, FC2 et du préservatif masculin. (3) Pour le prix du FC2, je me suis renseignée auprès du laboratoire Terpan qui le commercialise en France. Pour le préservatif masculin, étant donné la diversité des produits et donc des prix, j’ai donné le prix minimum en pharmacie indiqué sur le site internet d’information sur la contraception fait par l’INPES. (4)

	FC1	FC2	Préservatif masculin
Composant	Polyuréthane	Nitrile	Latex
Longueur (mm)	160-180	163-183	185-190
Largeur (mm)	78-82	76-83	47 à 69
Epaisseur (µm)	41-61	65-85	50-75
Prix	Non commercialisé en France actuellement	- 6,90 € la boîte de 3 (soit 2,30 € l’unité) - 15,80 € la boîte de 10 (soit 1,58 € l’unité)	0,56 € l’unité

Tableau 1 – Tableau comparatif des dimensions et des prix du « Female Condom 1 », du « Female Condom 2 » et du préservatif masculin, en France au 1er Février 2012

1.3. Mode d’emploi

Les préservatifs féminins FC1 et FC2 ne sont pas d’emploi difficile, mais un peu d’habitude facilite leur utilisation. Il est recommandé que la femme s’entraîne à insérer et à retirer le préservatif féminin avant de l’utiliser pour protéger un rapport sexuel. Plusieurs études d’acceptabilité ont bien montré cet aspect, notamment une étude sur l’introduction de préservatifs féminins auprès de prostituées en Amérique Centrale (5). Pendant cette étude, les investigateurs rencontraient à plusieurs reprises les prostituées, après leur avoir délivré des informations sur le préservatif féminin et son mode d’emploi, et après leur avoir distribué des échantillons. Un tiers des participantes rapportait l’avoir essayé seules

pour la 1ère fois, et la plupart des femmes disaient s'être entraînées entre deux et dix fois avant de se sentir assez à l'aise pour l'essayer avec un partenaire.

Il faut rappeler aux usagers que le sachet doit être ouvert avec précaution, sans utiliser de ciseaux, ni le déchirer avec les dents.

La femme peut insérer le préservatif féminin jusqu'à 8 heures avant le rapport sexuel, et au minimum il est préférable de l'installer 30 minutes avant le rapport, pour que le préservatif se mette bien en place. La femme doit se mettre dans une position confortable, tordre l'anneau intérieur en formant un « 8 », et l'insérer dans le vagin. L'anneau interne doit être poussé aussi loin que possible grâce à l'index placé à l'intérieur du préservatif et l'anneau se met alors en place au fond du vagin. L'anneau externe doit rester à l'extérieur du vagin, sur la vulve.

Lors du rapport sexuel, la femme doit guider le pénis de son partenaire à l'intérieur du préservatif.
Il n'est pas nécessaire de retirer le préservatif immédiatement après l'éjaculation. Pour le retirer, il faut tourner l'anneau extérieur afin de décoller progressivement le préservatif des parois vaginales, puis le jeter à la poubelle. (3)

Il est recommandé de :

- ne pas utiliser simultanément un préservatif masculin et un préservatif féminin, (2)
- ne pas réutiliser le même préservatif féminin, même lors de rapports consécutifs avec un même partenaire, (6)
- ne pas utiliser un préservatif féminin lors de rapports anaux, avec ou sans anneau interne, (3)
- ne pas mettre en place le préservatif féminin directement sur le pénis en érection. (3)

En effet, concernant la réutilisation du préservatif féminin, l'OMS recommande un usage unique. L'OMS a tout de même publié un projet de protocole de désinfection du préservatif féminin (avec de l'eau de Javel), permettant sa réutilisation, mais celui-ci n'a pas été validé. Finalement, l'OMS,

consciente du fait que des cas de réutilisation ont été rapportés dans un certain nombre de sites, en raison du prix élevé du préservatif féminin qui ne permet pas toujours d'en acheter plusieurs, a déclaré que « la décision finale d'approuver ou non la réutilisation du préservatif féminin relève en dernier ressort de l'échelon local ». (6, 7) A l'échelon local, l'OMS recommande aux responsables de programmes de « ne pas prôner la réutilisation du préservatif féminin tant qu'ils n'auront pas adapté le protocole aux conditions locales et qu'ils n'en auront pas testé la faisabilité, l'efficacité et l'utilité dans leurs nombreux sites. » (7)

1.4. Niveau d'efficacité

Dans les différentes études, le préservatif féminin est efficace en tant que moyen de protection contre les infections sexuellement transmissibles et en tant que contraceptif. (8)

1.4.1. Efficacité contraceptive

L'indice de Pearl (nombre de grossesses pour 100 femmes utilisatrices pendant 1 an) du préservatif féminin est de 5% en utilisation optimale (contre 3% pour le préservatif masculin), et de 21% en utilisation courante (contre 14% pour le préservatif masculin) (OMS). L'efficacité du FC1 et celle du FC2 sont équivalentes. (9)

Une étude de cohorte multicentrique réalisée aux Etats-Unis et en Amérique Latine a porté sur 328 femmes qui ont accepté d'utiliser le préservatif féminin comme seul moyen de contraception pendant 6 mois. 39 femmes ont eu une grossesse non désirée (soit 12.4% des américaines et 22.2% des participantes d'Amérique Latine). En ne retenant que les périodes correspondant à une utilisation systématique du préservatif féminin, le taux de grossesses non désirées à 6 mois a été de 2.6% aux Etats-Unis et de 9.5% en Amérique Latine. (10)

Une étude multicentrique menée au Japon incluant 195 femmes ayant utilisé le préservatif féminin comme seul moyen de contraception pendant 6 mois, a retrouvé un taux de grossesses non désirées à 6 mois de 3.2% en moyenne et de seulement 0.8% quand l'utilisation était optimale, c'est-à-dire, lorsque le préservatif était utilisé correctement et systématiquement. (11)

Ces études de seulement 6 mois ne permettent pas de calculer l'indice de Pearl de manière exacte, on peut penser que le fait de multiplier par deux les résultats obtenus (le taux de grossesses non désirées en 6 mois) permet seulement d'obtenir une approximation de cet indice de Pearl. En outre, elles permettent de conclure que l'efficacité du préservatif féminin dépend d'une utilisation correcte et systématique. Le préservatif féminin procure une efficacité contraceptive du même ordre que les autres « méthodes barrières ». (2, 9)

1.4.2. Protection contre les infections sexuellement transmissibles

Des études in vitro ont montré l'étanchéité du préservatif féminin à divers agents pathogènes, notamment le VIH et le CMV. (12)

L'American Foundation for AIDS Research (AmFAR) conclut que le préservatif féminin est efficace contre l'infection par le VIH dans 94 à 97% des cas s'il est utilisé correctement. (13)

Une revue de la littérature réalisée en 2006 sur 137 articles a conclu que le préservatif féminin était efficace pour réduire l'incidence des infections sexuellement transmissibles. Elle a également montré que l'utilisation du préservatif féminin avait une influence favorable sur le nombre de rapports sexuels protégés. (14)

Une étude américaine a porté sur la mesure du taux de PSA (prostate-specific antigen) dans les sécrétions vaginales post-coïtales, afin d'évaluer la présence de sperme dans le vagin après utilisation

d’un préservatif féminin. 175 femmes ont utilisé 2232 préservatifs féminins. Le préservatif féminin a prévenu l’exposition au sperme dans 79 à 93% des rapports sexuels, selon le seuil de PSA retenu comme critère d’exposition. L’exposition au sperme était souvent associée à un problème d’utilisation du préservatif rapporté par l’utilisatrice. Le nombre de problèmes rapportés et le risque d’exposition au sperme a diminué avec l’expérience acquise par l’utilisatrice. (15)

Les mêmes investigateurs ont ensuite réalisé un essai clinique randomisé comparant l’efficacité du préservatif masculin en latex au préservatif féminin en polyuréthane en termes de protection contre l’exposition au sperme. Il s’agissait de nouveau de mesurer le taux de PSA dans les sécrétions vaginales post-coïtales. Les femmes devaient essayer 10 préservatifs masculins puis 10 préservatifs féminins, ou vice-versa selon la randomisation. Les participantes ont essayé 700 préservatifs masculins et 678 préservatifs féminins. Elles ont rapporté des problèmes d’utilisation dans 9% des cas pour les préservatifs masculins et dans 34% des cas pour les préservatifs féminins. Un taux post-coïtal élevé de PSA a été retrouvé dans 3.5% des cas avec les préservatifs masculins et dans 4.5% des cas avec les préservatifs féminins. Cette étude montre que, bien que les problèmes d’utilisation soient plus fréquents avec le préservatif féminin, le risque d’exposition au sperme est comparable pour les 2 dispositifs. (16)

Une étude a comparé le taux de transmission d’IST chez 1442 femmes, qui consultaient dans un centre pour IST aux Etats-Unis. Par tirage au sort, elles étaient désignées pour utiliser des préservatifs masculins ou féminins, qui leur étaient délivrés gratuitement, pendant une période de 6 à 12 mois. Elles recevaient également des instructions pour la mise en place et l’utilisation du préservatif qui leur était désigné. Au cours du suivi, le risque de survenue d’IST (les IST dépistées étaient la syphilis primaire, les infections à Gonocoque, Chlamydia et Trichomonas, le VIH étant donc exclu) n’a pas été statistiquement différent entre les 2 groupes. (17)

Ces différentes études montrent que le préservatif féminin a un niveau de protection contre les IST comparable à celui du préservatif masculin.

1.5. Acceptabilité

L'acceptabilité du préservatif féminin a été l'objet de beaucoup d'études, menées dans de nombreux pays, et ces études attestent de la grande acceptabilité du préservatif féminin. En général, le taux d'acceptabilité du préservatif féminin est plus élevé dans les études qui ont été réalisées chez des groupes cibles présentant un risque d'infection plus élevé, comme par exemple les prostituées ou les toxicomanes.

Dans l'étude réalisée en Amérique Centrale sur l'introduction de préservatifs féminins auprès de prostituées, les investigateurs rencontraient à plusieurs reprises les prostituées, après leur avoir délivré des informations sur le préservatif féminin et son mode d'emploi, et après leur avoir distribué des échantillons. Les avantages rapportés par les femmes étaient la lubrification importante, la taille du préservatif qui s'accommode à toutes les tailles de pénis, le confort ressenti par les partenaires après plusieurs utilisations, et la meilleure résistance que le préservatif masculin. Elles disaient également se sentir mieux protégées contre les IST et la grossesse qu'avec un préservatif masculin. Les inconvénients rapportés étaient la taille (mais cette fois dans son aspect inesthétique), un inconfort physique initial (qui disparaissait avec l'expérience), et la possibilité d'effrayer leurs client avec le dispositif. Les femmes recommandaient de s'entrainer à insérer le préservatif plusieurs fois seules, avant de l'utiliser avec un partenaire. (5)

Dans une étude réalisée en France auprès de prostituées recrutées parmi celles fréquentant le « Bus des femmes » à Paris en 1994, soit avant la commercialisation du préservatif féminin en France, 27 femmes ont utilisé 116 préservatifs féminins avec 71 clients. Les clients interrogés ont été 54% à préférer le préservatif féminin et 24% à trouver les 2 types de préservatifs équivalents. Pour les hommes, le principal avantage du préservatif féminin était de ne pas serrer le pénis. Près de la moitié des femmes qui ont répondu (7 sur 17) ont préféré le préservatif féminin. Elles ont déclaré que son utilisation était peu discrète, bruyante, mais que le préservatif féminin diminuait l'irritation vaginale liée aux rapports avec leurs clients. (18)

Lors d'une étude menée entre 1999 et 2001 en centres de prise en charge des IST et en CDAG à Paris, sur 82 femmes et 10 hommes ayant accepté d'expérimenter le préservatif féminin, 54 femmes et 8 hommes ont finalement utilisé ce dispositif pendant une durée médiane de 10 semaines. Ces expériences ont été vécues comme très agréables par 18% d'entre eux, moyennement agréables par 43%, désagréables par 21%. Le type de relation avec le partenaire, le dialogue entre partenaires sur la sexualité et la sensibilité du partenaire masculin au préservatif féminin semblent influencer de manière complexe son utilisation. (19)

Une étude réalisée à Zurich portait sur une population de 57 femmes migrantes Subsahariennes. Il leur était demandé de répondre à un questionnaire après avoir utilisé au moins une fois un préservatif féminin. 47 des 57 femmes ont utilisé au moins une fois un préservatif féminin. 72% des femmes ont utilisé le préservatif féminin à chaque rapport sexuel, les autres femmes uniquement occasionnellement. 17% des femmes ont eu des difficultés à insérer le préservatif féminin et pensent qu'on y parvient après un usage répété. 90% des femmes disent que l'acte sexuel était « bon » lors de l'usage du préservatif féminin. Seuls 4% ont exprimé l'intention de ne pas le réutiliser. 57% pensent que le partenaire préfère le préservatif féminin. L'avantage le plus cité est le fait qu'il permet à la femme d'avoir davantage d'autonomie et de pouvoir de décision. Les inconvénients avancés sont les difficultés d'insertion, le prix élevé et l'éventuel rejet par le partenaire. (20)

2. Place du préservatif féminin en France

Le préservatif féminin est peu connu des patients et mal connu des médecins, qui n'osent pas le proposer en consultation. Quels sont les freins à son utilisation et à sa diffusion ?

2.1. Le préservatif féminin dans le paysage contraceptif français

Les différents moyens de contraception disponibles en France sont aujourd'hui nombreux, avec les méthodes hormonales, les dispositifs intra-utérins, les méthodes mécaniques et les méthodes naturelles. Le préservatif féminin devrait s'intégrer à la palette de contraceptifs proposée par le médecin à une patiente ou un couple.

Pourtant, son utilisation est très faible en France, comme le montre la figure 3 tirée du Baromètre santé 2005 de l'INPES (21). L'analyse par âge confirme la place centrale de la pilule oestro-progestative comme moyen de contraception dans toutes les tranches d'âge. Elle devance le préservatif masculin même chez les plus jeunes. Le dispositif intra-utérin ne s'impose comme méthode alternative à la pilule qu'après 35 ans. Le préservatif féminin, qui est inclus dans les « autres méthodes » est donc très peu utilisé dans un but contraceptif.

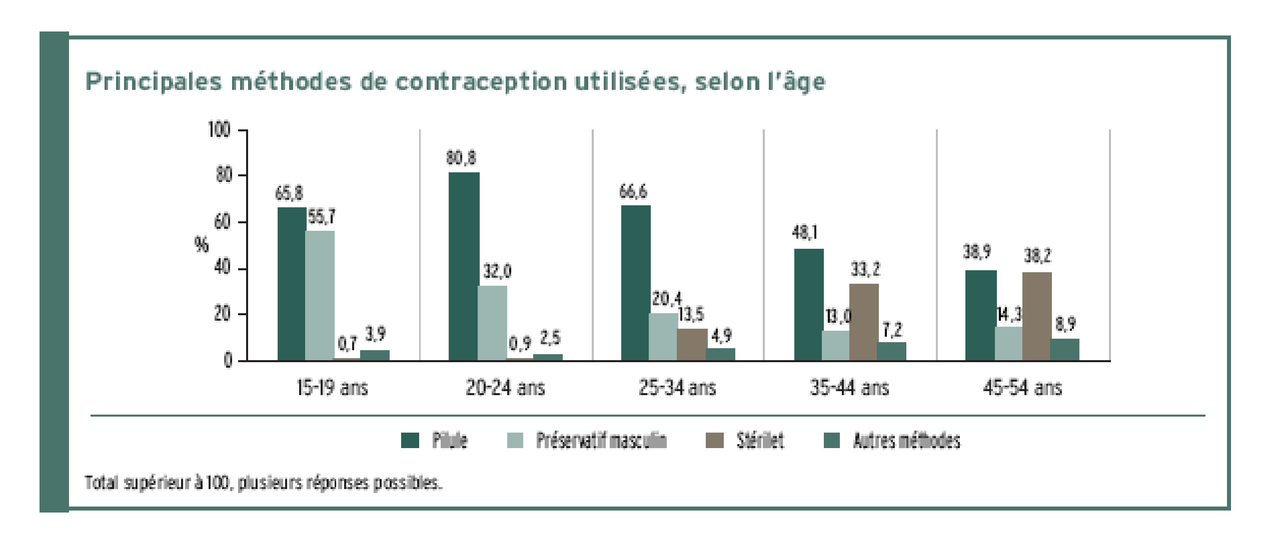


Figure 3 – Principales méthodes de contraception utilisées, selon l'âge, en 2005, en France. Source : Baromètre Santé 2005 de l'INPES (21)

Il existe en effet une norme contraceptive en France (22) et la pilule reste de loin la première méthode contraceptive, quel que soit l'âge (23). Les Français estiment bien connaître les méthodes contraceptives et pourtant des représentations erronées sur la contraception persistent, comme par exemple le fait que 50 % des Français croient que l'on ne peut pas utiliser de stérilet si l'on n'a pas eu d'enfant, et il existe de nombreuses lacunes concernant le cycle féminin. (24)

Par ailleurs, cette norme contraceptive s'inscrit dans une temporalité contraceptive : au début de la vie sexuelle, on utilise essentiellement des préservatifs ; en période de stabilité, la femme prend la pilule ; enfin, après ses grossesses, une femme envisage le dispositif intra-utérin. (25)

Cette norme très rigide est donc un frein important à la diffusion du préservatif féminin, qui est souvent associé à une utilisation par les prostituées.

2.2. Le préservatif féminin et la prévention des infections sexuellement transmissibles en France

Les préservatifs masculins et féminins sont les meilleurs outils de protection contre les IST. Pourtant, les campagnes de promotion du préservatif masculin ont été en leur temps beaucoup plus massives que celles pour le préservatif féminin. Le coût du préservatif masculin a d'ailleurs bénéficié plus largement de ces campagnes, alors que le préservatif féminin reste coûteux et difficile à se procurer.

Le préservatif masculin reste très largement associé à la lutte contre le VIH, alors que le préservatif féminin peine à y trouver sa place.
Il semble important de répéter ces campagnes de promotion, qui doivent passer par les médias, les médecins et les pharmaciens, en réduisant son coût et en le distribuant plus facilement dans les CDAG et les CPEF. (2, 19)
La proportion d'utilisation du préservatif féminin dans un but identifié de protection contre les IST n'est pas connue.

2.3. Nécessité d'une double protection dans la sexualité

La sexualité dans son aspect médicalisé présente deux versants : la contraception et la prévention des IST. Il est donc important de différencier ces deux axes, puisque les moyens sont souvent différents. Le préservatif féminin assure à lui seul cette double protection.

Cette notion de promouvoir une double protection et donc une méthode qui protège à la fois des grossesses non désirées et des IST est assez récente. Une étude réalisée à New York, dont l'objet était de comparer des messages de prévention classiques sur la contraception et les IST à un message destiné à promouvoir la notion de double protection auprès de femmes consultant en centres de Planification familiale, a montré qu'après 6 mois, les femmes qui avaient bénéficié de ce message

novateur avaient une meilleure notion de leur susceptibilité aux IST et moins de rapports non protégés que dans le groupe ayant bénéficié du message « classique ». Les investigateurs de l'étude envisagent donc d'élargir ce type d'intervention. (26)

En dehors du préservatif féminin, d'autres exemples de double protection sont le préservatif masculin et le diaphragme (avec une moins bonne protection contre les infections sexuellement transmissibles). Actuellement, un nouveau préservatif féminin est en développement (Woman's Condom développé par PATH), il contiendrait une capsule qui se dissoudrait pendant le rapport sexuel et libèrerait un produit microbicide. (27)

2.4. Diffusion du préservatif féminin en France

Il s'agit de chiffres que je me suis procurés auprès du laboratoire Terpan qui est le seul fabriquant de préservatif féminin en France.

	Année	Pharmacies	Associations	Etat, CDAG, CPEF	Autres	Total année
Total en unités	2009	40 209 (5%)	52 010 (6%)	675 879 (78%)	98 145 (11%)	866 243 (100%)
Total en unités	2010	34 083 (3%)	125 534 (10%)	1 034 306 (83%)	57 418 (5%)	1 251 341 (100%)

Tableau 2 – Commandes de préservatifs féminins auprès du laboratoire Terpan par secteur d'activités

La colonne « Etat, CDAG, CPEF » comprend les conseils généraux, mairies, conseils régionaux, Ministère de la Santé, armée, CDAG, CPEF, Planning familial, hôpitaux.

La colonne « Autres » comprend les mutuelles, les revendeurs, notamment la vente par Internet, et les sociétés privées.

On note que la vente en pharmacie représente moins de 5% des commandes auprès du laboratoire en 2009 et en 2010. Le total des ventes privées (pharmacies et revendeurs privés) représente 16% en 2009 et 7% en 2010 des commandes auprès du laboratoire. Cela montre que l'achat spontané de préservatif féminin est encore sporadique, et que sa diffusion passe aujourd'hui quasi exclusivement par la distribution gratuite faite par les associations ou les différentes institutions du service public.

Quelques campagnes de promotion du préservatif féminin ont été organisées depuis sa commercialisation, même si elles restent peu nombreuses, comparées aux campagnes pour le préservatif masculin.

- À partir de 2001, des préservatifs masculins et féminins ont été vendus à 0,15 € (ou 1 franc) dans 200 pharmacies du département de l'Essonne (campagne organisée par : Conseil général, CPAM, DDASS, AIDES qui est une association française de lutte contre le VIH).
- 5 distributeurs de préservatifs féminins ont été installés à Paris (AIDES) à compter de mars 2003.
- En novembre et décembre 2003, une campagne nationale à l'initiative de Sida Info Service, avec le soutien du ministère de la Santé et de l'INPES, a été lancée : le préservatif féminin a été mis en vente à 1 € dans les pharmacies qui ont accepté de participer à cette opération.
- Durant les étés 2003 et 2004, une campagne d'affichage sur le préservatif féminin a été organisée à Toulouse par un collectif d'associations, soutenu par la municipalité.
- En mars 2004, une campagne de sensibilisation s'est déroulée en Alsace auprès des médecins généralistes et gynécologues (Sida Info Service).
- En mars 2005, les pharmaciens détiennent la possibilité d'apposer un autocollant les identifiant comme lieu de vente et de promotion du préservatif féminin (Sida Info Service).

- À Lille, un spot télévisé et une campagne d'affichage sont créés à l'occasion de la Journée mondiale contre le Sida en 2005 et pour l'été 2006 (Conseil général, DDASS, Mairie, Collectif associatif).
- En 2006, une mallette d'informations à destination des professionnels de santé et leur public est créée par Sida Info Service, en collaboration avec l'INPES.
- Le 8 mars 2006, une opération de promotion est organisée dans les officines de Guyane « 1 préservatif féminin acheté/1 préservatif offert » (Sida Info Service, Syndicat Pharmaciens, Direction de la Santé et du Développement Social).
- Enfin, à l'occasion de la Saint Valentin, les 14 février 2007 et 2008, Sida Info Service, en partenariat avec la Mairie de Paris, organisent une action de promotion et de diffusion du préservatif féminin au Forum des Halles. (2, 3)

3. Avantages et inconvénients du préservatif féminin

3.1. Avantages

Je propose de distinguer les avantages objectifs et subjectifs du préservatif féminin. En matière de sexualité, il est indispensable d'envisager l'aspect subjectif du ressenti pendant le rapport sexuel.

Les avantages objectifs du préservatif féminin qui sont souvent avancés sont :

- le préservatif féminin est hypoallergénique car sans latex, (2, 3)
- il offre aux femmes et aux hommes un choix supplémentaire dans la protection contre les IST et la contraception, il permet notamment d'alterner le port du préservatif entre les deux partenaires dans les couples en général, les couples séro-différents pour le VIH, ou si l'un des partenaires présente une IST, (3)

- il est le seul moyen de protection contre les IST à l'initiative des femmes (3), et il leur permet de se réapproprier la maîtrise du risque de contamination pendant un rapport sexuel, notamment dans le cas d'un homme réticent au port du préservatif masculin, (2)
- il est possible de le mettre en place et de le retirer à distance du rapport sexuel, et il ne nécessite pas un pénis en érection, (2, 3)
- il protège mieux les organes génitaux externes de la femme grâce à l'anneau extérieur, (3)
- il est plus résistant que le préservatif masculin, (2)
- il est délivré sans prescription médicale, (3)
- il peut être utilisé conjointement avec un dispositif intra-utérin ou une contraception hormonale, ce qui nous ramène à la notion de double protection. (3)

Les avantages subjectifs sont :

- il épouse la paroi vaginale et ne comprime pas le pénis, (3)
- il serait meilleur conducteur de chaleur que le préservatif en latex et préserverait les sensations naturelles des deux partenaires (3), et cela d'autant plus que le préservatif féminin est mis en place tôt par la femme puisque cela lui permet de s'adapter à la température corporelle et de mieux épouser les parois vaginales,
- sa taille plus large que le préservatif masculin peut rendre l'éjaculation plus agréable, et il permet une alternative pour les hommes qui ne supportent pas de sentir leur pénis serré dans un préservatif masculin, (2, 3)
- selon l'anatomie féminine, l'anneau extérieur peut exciter le clitoris, (3)
- il permet de poursuivre l'intimité sexuelle après l'éjaculation, (3)
- sa lubrification importante présente certains avantages dans les cas de sécheresse vaginale. (3)

3.2. Inconvénients

De même, je propose de distinguer les inconvénients objectifs du préservatif féminin de ses inconvénients subjectifs.

Les inconvénients objectifs souvent avancés sont :

- son prix est nettement plus élevé que le préservatif masculin, (cf. tableau 1) (2)
- il s'agit d'un produit peu diffusé dans le commerce, (cf. tableau 2)
- son utilisation nécessite un entrainement préalable, il peut être difficile à insérer au début (2), il est donc recommandé que la femme s'exerce seule avant de l'utiliser avec un partenaire, (5)
- l'anneau extérieur doit être maintenu lors de la pénétration du pénis afin que celui-ci ne se glisse pas à l'extérieur du préservatif, (3)
- il est parfois nécessaire de contrôler le maintien en place de l'anneau extérieur en cas de rapports sexuels vigoureux, parce qu'il peut se retrouver poussé à l'intérieur du vagin. (2, 3)

Les inconvénients subjectifs sont :

- il peut surprendre par sa taille, (2, 3)
- il peut émettre un bruit désagréable pendant le rapport, en raison des frottements et de l'importante lubrification. (2) Il faut noter que ce problème était surtout rapporté à propos du FC1, mais le FC2 ne présenterait pas cet inconvénient, (3)
- il peut être difficile de le faire accepter au partenaire, en raison de son aspect, (2)
- posé longtemps avant un rapport sexuel, le vagin n'est pas encore dilaté par l'excitation sexuelle et une plus grande partie du préservatif se trouve alors à l'extérieur, ce qui peut être ressenti comme inesthétique. Cette partie visible peut être rentrée à l'intérieur du vagin et ressortie au moment du rapport, avant la pénétration, (3)
- l'anneau interne peut occasionner une gêne en cas de caractéristique anatomique particulière (utérus rétroversé, par exemple). (3)

3.3. Une nouvelle liberté pour la femme ?

Le préservatif féminin est une méthode qui amène aux femmes la liberté de prendre en charge et de maîtriser la prévention des infections sexuellement transmissibles. Mais est-ce réellement une liberté ? Cela peut sembler une nouvelle liberté pour la femme qui ne pouvait pas avoir ce pouvoir de protection si le partenaire refusait d'utiliser un préservatif masculin. (2)

Pourtant, malgré certains changements, on se rend compte que, dans l'enquête sur le « contexte de la sexualité en France » réalisée par Nathalie Bajos (INSERM) et Michel Bozon (INED) en 2007, en ce qui concerne la représentation sociale de la sexualité, il persiste une opposition entre d'une part « une sexualité féminine », qui renvoie avant tout à « l'affectivité et [à] la conjugalité », et d'autre part « une sexualité masculine pensée majoritairement dans le registre des besoins naturels et du plaisir». (28) La femme est donc associée à la stabilité, tandis que l'homme a des besoins sexuels biologiques. Le préservatif masculin gêne donc le rapport sexuel et le plaisir de l'homme. Le préservatif féminin peut donc aussi être vu comme un nouveau rempart à la liberté sexuelle de la femme, puisqu'elle doit de nouveau assumer la protection du couple.

4. Formation des étudiants en médecine sur le préservatif féminin

Malgré mes recherches, je n'ai retrouvé aucun article sur une éventuelle formation spécifique des étudiants en médecine sur le préservatif féminin. Lors du module de Gynécologie-Obstétrique, il est décrit très brièvement lors du cours sur la contraception ou sur la protection contre les IST.

Parmi les objectifs des Epreuves Classantes Nationales, il existe l'item 27 (« Contraception » avec l'objectif « prescrire et expliquer une contraception »), l'item 40 (« Sexualité normale et ses troubles » avec l'objectif « savoir aborder la question de la sexualité au cours d'une consultation ») et l'item 85 (« Infection à VIH » avec l'objectif « informer et conseiller en matière de prévention de la transmission sanguine et sexuelle du VIH »), qui intègrent la notion de prévention des grossesses non

désirées et des IST. (29) Le préservatif féminin représente donc une petite partie des thèmes à aborder pour ces items.

En ce qui concerne les enquêtes sur les étudiants en médecine et le domaine de la sexualité, j'ai trouvé des études qui s'attachent plutôt à décrire les habitudes sexuelles des étudiants et leur usage de la contraception (30), et comment cela peut influencer leur pratique ultérieure. Une étude réalisée au Nigeria interroge des étudiants en médecine sur leurs connaissances des risques liés au VIH et sur leurs pratiques sexuelles, afin d'évaluer si ces pratiques sont « sûres » vis-à-vis du VIH (rapports sexuels protégés, relations monogames) et si ces étudiants seront « efficaces » en tant que médecins impliqués dans la lutte contre le VIH (31). De même, une étude américaine analyse les comportements des étudiants en médecine en termes de contraception, et si leurs choix personnels influencent leur aptitude à délivrer une information efficace à leurs patients sur la contraception. Les étudiants qui se sentent à l'aise pour discuter de sexualité avec des patients sont plutôt des étudiants qui utilisent eux-mêmes des méthodes de contraception efficaces. (32) Une autre étude américaine montre que les étudiants en médecine pensent qu'ils vont devoir s'impliquer dans la santé sexuelle de leurs patients et prendre en charge des troubles sexuels, et qu'ils ne se sentent pas suffisamment formés pour cela. (33) Cela justifie de renforcer la formation des étudiants en médecine sur la contraception et la prévention des IST. Il est donc nécessaire de les informer sur toutes les méthodes possibles, pour qu'ils puissent relayer cette information auprès de leurs patients, et le préservatif féminin fait partie de la palette de ces méthodes possibles au même titre que le préservatif masculin.

En ce qui concerne l'impact d'une intervention sur la sexualité parmi des étudiants, une étude suédoise évalue une intervention auprès de lycéens, qui a pour but d'améliorer les connaissances et l'usage des préservatifs et de la contraception d'urgence. Les lycéens étaient séparés en deux groupes : un groupe « intervention » et un groupe témoin. Ils devaient répondre à un questionnaire avant et après la formation. L'intervention consistait en des cours d'éducation sexuelle dispensés par une sage-femme et des étudiants en médecine, des distributions gratuites de préservatifs et un accès à des conseils par téléphone. Ce qui ressort de cette étude est que l'utilisation des préservatifs a augmenté après

l'intervention et les connaissances sur la contraception d'urgence se sont améliorées. La participation de sages-femmes et d'étudiants en médecine à ce type d'intervention semble être utile. (34)

5. Objectifs de la thèse

Dans ce contexte, il m'a paru intéressant d'analyser les représentations du préservatif féminin auprès des étudiants en médecine. L'objectif principal de ce travail était de mettre en place une intervention ciblée sur le préservatif féminin auprès d'étudiants en médecine, et d'en évaluer l'impact immédiat sur leurs représentations. Mon hypothèse est qu'une telle intervention, associée à la distribution d'échantillons de préservatif féminins, peut modifier durablement leurs représentations de ce mode de contraception.

II. Méthode

J'ai réalisé une enquête d'opinion au sujet du préservatif féminin auprès d'étudiants en médecine, avant et après une intervention où je faisais la promotion de ce dispositif. Il s'agissait de faire remplir aux étudiants un questionnaire avant et après cette formation.

1. Population d'étude

J'ai soumis mon questionnaire à un groupe d'étudiants en deuxième année du Deuxième Cycle des Etudes Médicales (DCEM 2). Je suis intervenue à l'occasion d'un cours à l'Université Paris-Diderot (Paris 7), lors du certificat complémentaire optionnel de médecine préventive, enseigné aux étudiants par le Département de Médecine générale. Cela représentait un échantillon potentiel de 196 étudiants ayant entre 20 et 23 ans, selon les éventuels redoublements.

1.1. Organisation du certificat complémentaire optionnel de médecine préventive

Les étudiants de DCEM2 ont l'obligation d'assister à l'un des certificats optionnels, mais ils peuvent choisir parmi plusieurs thèmes. Une promotion de DCEM2 représente environ 400 étudiants (389 pour l'année 2008-2009). Chaque année, la moitié d'entre eux choisissent le certificat complémentaire optionnel de médecine préventive.

Le certificat complémentaire optionnel de médecine préventive est composé de 9 séances de 2 heures**,** touchant les principaux aspects de la prévention en soins primaires.
Les thèmes abordés pendant l'année 2008-2009 étaient dans cet ordre : activité physique, tabac, vaccins, IST et usage de drogues, alcool, prévention après 65 ans, santé de la femme, prévention des cancers, inégalités d'accès aux soins.

Les séances avaient lieu le mardi après-midi sur le site Villemin de l'université Paris 7. Tous les enseignements se déroulaient en petits groupes de 20 étudiants, et chaque groupe était encadré par le même enseignant tout au long du cycle.

Dans le cadre de cet enseignement, chaque semaine, les étudiants devaient remplir des tests en ligne sur le site Internet du Département de Médecine générale. Il s'agissait de pré-tests et de post-tests autour de chaque séance. Les pré-tests avaient pour but de préparer le cours de la semaine suivante, et les post-tests permettaient d'évaluer les connaissances acquises lors du cours de la semaine précédente. (35)

Je leur ai donc proposé de répondre à un pré-test et un post-test supplémentaires. Ils ont été nombreux à répondre puisqu'ils avaient l'habitude de se rendre sur le site Internet et de répondre à des tests chaque semaine.

1.2. Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion étaient :

- être étudiant de DCEM2, inscrit au certificat complémentaire optionnel de médecine préventive de l'Université Paris-Diderot au cours de l'année 2008-2009,
- avoir répondu en ligne au moins au pré-test ou au post-test sur le préservatif féminin.

2. Chronologie de l'enquête

Le questionnaire s'est divisé en deux parties : un pré-test et un post-test. Les conditions de recueil étaient les mêmes lors du pré-test et du post-test. Les étudiants étaient invités à remplir le questionnaire depuis leur ordinateur, via le site Internet du Département de Médecine générale, en préservant l'anonymat des étudiants.

Je me suis présentée à eux lors d'un cours du certificat complémentaire optionnel de médecine préventive. Je ne leur ai pas expliqué l'intitulé de mon étude pour ne pas les influencer dans leurs réponses, je leur ai juste précisé qu'il s'agissait d'une étude sur les préservatifs, et qu'ils devaient répondre à un questionnaire d'opinion, qu'il n'y avait ni mauvaise ni bonne réponse.

- Le questionnaire pré-test était disponible en ligne pendant une semaine, afin que les étudiants puissent le remplir, soit du 21 janvier 2009 au 26 janvier 2009.

- J'ai ensuite profité du cours du certificat complémentaire optionnel de médecine préventive sur les IST qui s'est déroulé le 27 janvier 2009 pour leur délivrer une formation de quinze minutes sur le préservatif féminin, avec une distribution de préservatifs féminins à chacun des étudiants.

- J'ai prévenu les étudiants de la disponibilité du questionnaire post-test lors du cours sur la santé de la femme du 24 mars 2009. Il était ensuite disponible du 24 mars 2009 au 7 avril 2009 sur le site. Le délai de 2 mois entre la formation et le questionnaire post-test leur permettait éventuellement de pouvoir essayer eux-mêmes le préservatif féminin avec un ou une partenaire.

L'enjeu était de confronter les réponses aux deux questionnaires, pour avoir une comparaison de la représentation que les étudiants se font du préservatif féminin avant et après mon intervention. Je leur

ai demandé d'inscrire un identifiant de leur choix, mais qui devait être identique lors du pré-test et du post-test, pour que je puisse apparier leurs réponses s'ils répondaient aux 2 tests tout en conservant leur anonymat.

3. Questionnaire (Annexes 1 et 2)

La revue de la littérature ne m'a pas permis d'identifier de questionnaires validés et adaptés aux objectifs de cette étude. Un questionnaire original a donc été élaboré sur la base d'un consensus en accord avec mon directeur et mon président de thèse. Toutes les questions étaient fermées, pour faciliter le traitement statistique des données. Les questions portant sur les caractéristiques alléguées aux préservatifs masculin et féminin (pratique à utiliser, agréable à utiliser, facile à proposer à un partenaire sexuel, efficace contre les IST) appelaient des réponses formulées à l'aide d'échelles ordinales de type Likert.

Avant de proposer ce questionnaire aux étudiants lors du certificat complémentaire optionnel de médecine préventive, je l'ai testé auprès d'une interne en médecine générale et auprès d'une personne de mon entourage personnel n'ayant pas de compétence particulière dans le domaine de la santé. Ces deux personnes ont estimé que le questionnaire était facilement compréhensible dès la première lecture.

Le questionnaire était composé de 14 questions, dont 3 différaient entre le pré-test et le post-test, soit les questions 7, 8 et 9.

La première question permettait de caractériser les étudiants, dans le but de former des sous-groupes (selon leur sexe).

Puis les deux questionnaires se divisaient en deux parties : la première sur le préservatif masculin des questions 2 à 6, la seconde sur le préservatif féminin des questions 7 à 14.

- Première partie sur le préservatif masculin

Les deux questionnaires pré- et post-tests étaient identiques sur cette partie.

La question 2 portait sur l'expérience du préservatif masculin.

Les questions 3 à 6 permettaient de caractériser le préservatif masculin selon quatre qualificatifs qui étaient : facile à utiliser, agréable, facile à proposer à un partenaire, efficace en terme de protection contre les infections sexuellement transmissibles.

- Deuxième partie sur le préservatif féminin

Les questions 7 à 9 étaient différentes dans le pré-test et le post-test :

dans le pré-test, elles portaient sur la connaissance et l'éventuelle expérience du préservatif féminin avant mon intervention ;

dans le post-test, la question 7 portait sur l'éventuel essai du préservatif féminin depuis mon intervention, et la question 9 portait sur l'éventuel conseil à un ami d'essayer le préservatif féminin.

La question 8 du post-test était mon critère de jugement principal puisqu'elle portait sur la modification de représentation du préservatif féminin depuis mon intervention.

Les questions 10 à 13 permettaient de caractériser le préservatif féminin selon les mêmes qualificatifs que ceux utilisés pour le préservatif masculin.

La question 14 me permettait plus précisément d'évaluer la représentation du préservatif féminin : il s'agissait de choisir les 3 affirmations les plus pertinentes parmi une liste indifférenciée d'avantages et d'inconvénients de ce préservatif.

4. Mon intervention sur le préservatif féminin

Afin de réaliser cette intervention, j'ai rencontré un intervenant (Christophe Mendes) de l'association Sida-paroles qui avait l'habitude de réaliser des formations sur les préservatifs, et notamment le préservatif féminin. Il m'a aidée à préparer mon intervention, m'a prévenue des questions et remarques qu'il avait l'habitude de rencontrer, notamment des réactions négatives à propos de l'aspect inhabituel du préservatif féminin.

J'ai fait mon intervention lors du cours sur les infections sexuellement transmissibles le 27 janvier 2009. Je suis passée dans les 10 salles de classe de 20 étudiants. Mon intervention durait quinze minutes.

La formation se décomposait en 2 parties :

- La première partie concernait la comparaison du préservatif masculin et du préservatif féminin. A chaque inconvénient du préservatif masculin répondait un avantage du préservatif féminin :
  - il existe des allergies au latex qui empêchent d'utiliser un préservatif masculin, le préservatif féminin n'est pas en latex, mais en polyuréthane ou en nitrile. (2, 3)
  - certains hommes ne supportent pas de sentir leur pénis serré dans un préservatif masculin, le préservatif féminin épouse les parois vaginales et ne serre pas le sexe masculin. (2, 3)
  - le pénis doit être en érection pour la pose du préservatif masculin, alors que le préservatif féminin peut être mis en place plusieurs heures avant le rapport, d'autant plus que plus il est mis tôt, mieux il transmet la chaleur aux deux partenaires. (2, 3)
  - il est nécessaire de retirer rapidement le préservatif masculin après l'éjaculation, alors que le préservatif féminin peut être retiré plusieurs heures après le rapport. (2, 3)

- certains hommes trouvent que le préservatif masculin altère les sensations pendant le rapport, alors que le préservatif féminin altèrerait moins les sensations des deux partenaires. (2, 3)
- il est plus résistant que le préservatif masculin et présente moins de risques de glissement accidentel, s'il est mis en place correctement. (2)

- La seconde partie était la démonstration du préservatif féminin, je faisais alors passer parmi les étudiants des préservatifs féminins pour qu'ils puissent les observer, les manipuler, et éventuellement constater que leur longueur est comparable à celle d'un préservatif masculin déroulé. J'avais préalablement nettoyé les préservatifs que je faisais circuler dans la classe pour ôter le lubrifiant, parce qu'un préservatif féminin est très lubrifié et donc difficile à manipuler dans une salle de cours, où l'on ne peut pas se laver les mains.

  Ma démonstration était la suivante :

  - Le préservatif est en polyuréthane (FC1) ou en nitrile (FC2) qui sont thermo-conducteurs alors que le latex est un isolant. (3)
  - Il est formé du préservatif, d'un anneau externe soudé, et d'un anneau interne libre. (3)
  - La lubrification est à base de silicone, compatible avec tout type de lubrifiant. (3)
  - Il faut faire un 8 avec l'anneau interne, l'insérer à l'intérieur du vagin en poussant avec l'index à l'intérieur du préservatif. (3)
  - Il est préférable de l'installer 30 minutes avant le rapport, pour que le préservatif se mette bien en place.
  - Il faut tenir l'anneau extérieur et guider le pénis à l'intérieur du préservatif lors de la pénétration. (3)
  - L'anneau extérieur peut stimuler le clitoris chez certaines femmes pendant le rapport. (3)
  - Il n'est pas nécessaire de retirer rapidement le préservatif après l'éjaculation. (3)

- Pour le retirer, tourner l'anneau extérieur et le décoller progressivement des parois vaginales. (3)

Je rappelais également :

- qu'il est préférable que la femme l'essaie seule avant de l'essayer avec un partenaire, de la même manière que l'on conseille aux hommes d'essayer un préservatif masculin seuls, (5)
- qu'il permet une alternance du préservatif entre l'homme et la femme dans les couples en général et les couples séro-différents pour le VIH ou une autre infection sexuellement transmissible, (3)
- qu'il permet à la femme de maîtriser la bonne installation du préservatif, et donc son efficacité en tant que contraceptif ou protection contre les infections sexuellement transmissibles, (3)
- qu'il ne faut pas utiliser simultanément un préservatif masculin et un préservatif féminin. (3)

A la fin de ma présentation, je distribuais deux préservatifs féminins à chaque étudiant. Les étudiants avaient donc la possibilité de les essayer seul ou avec un partenaire avant de répondre au post-test deux mois plus tard.

5. Analyses statistiques

Les variables qualitatives ont été exprimées en effectif et en pourcentage. Les comparaisons des résultats obtenus au pré-test et au post-test ont été réalisées pour les étudiants « double-répondeurs » pour lesquels un identifiant unique permettait leur appariement. Le test de Mc Nemar avec correction de continuité a été utilisé pour comparer les différences pré/post-tests.

Le critère de jugement principal était défini par la question 8 du post-test : « Diriez-vous que cette formation a modifié votre représentation du préservatif féminin ? ».

Les différentes modalités de réponses aux questions 3 à 6 et 10 à 13 portant sur les caractéristiques alléguées aux préservatifs masculin et féminin (pratique à utiliser, agréable à utiliser, facile à proposer à un partenaire sexuel, efficace contre les IST) ont été regroupées de la manière suivante :

- les réponses « plutôt » et « tout à fait » ont été considérées comme « favorables » ;
- les réponses « pas du tout », « plutôt pas », « moyennement » et « sans opinion » ont été considérées comme « défavorables ».

De la même manière, les modalités de réponse aux questions 8 (critère principal) et 9 du post-test ont été regroupées de la manière suivante :

- « réponse favorable » si « oui, un peu », « oui, plutôt » ou « oui, tout à fait » ;
- « réponse défavorable » si « non, pas du tout », « non, pas tellement » ou « sans opinion ».

III. Résultats

1. Diagramme d'inclusion (« flow-chart »)

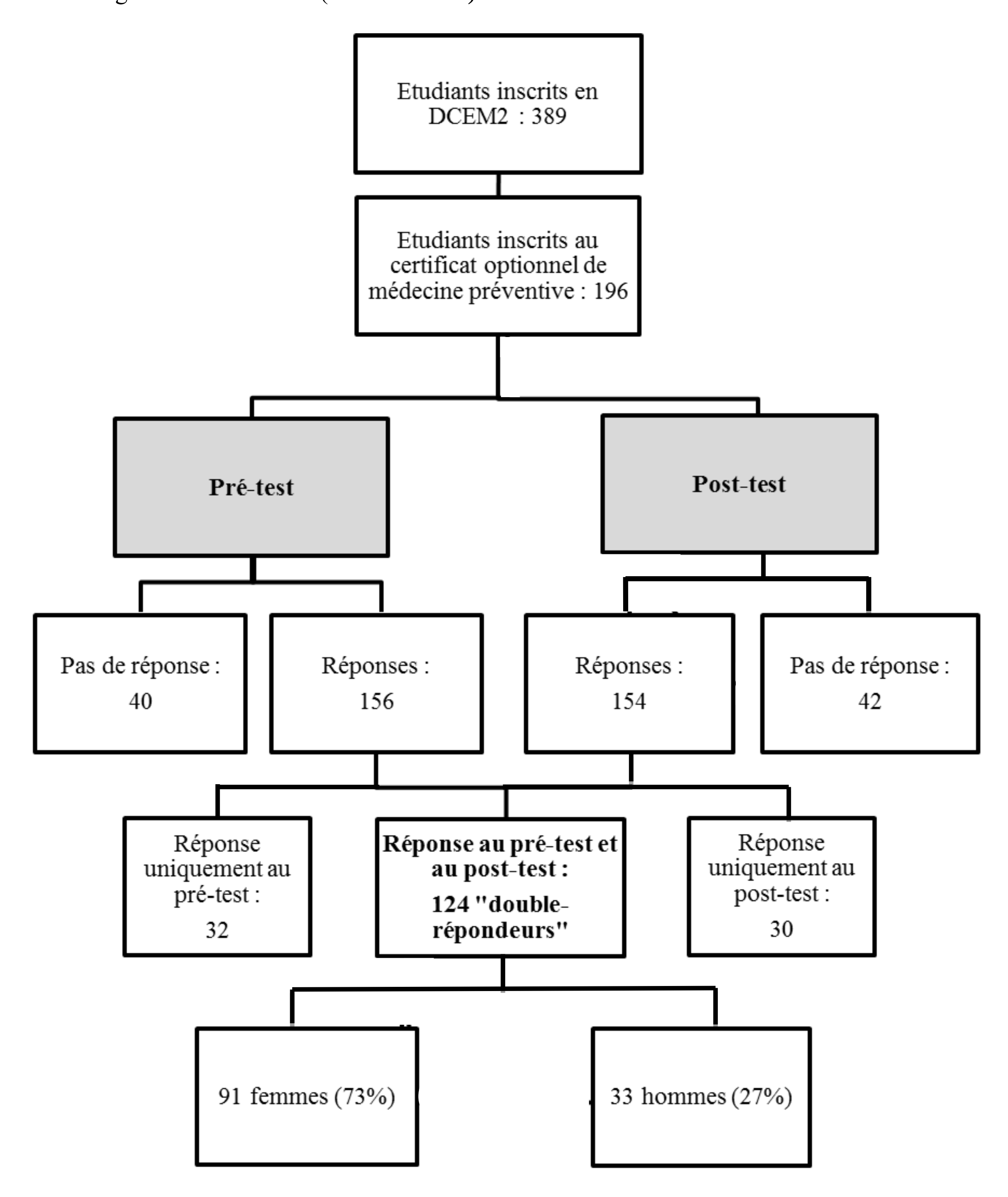


Figure 4 – Diagramme d'inclusion des étudiants au cours de l'année universitaire 2008-2009

Pour la suite de mon analyse, je décrirai systématiquement les trois populations suivantes parmi les étudiants inscrits au certificat complémentaire optionnel de médecine préventive au cours de l'année universitaire 2008-2009 : ceux ayant répondu au pré-test (population dite « Pré-test »), ceux ayant répondu au post-test (population dite « Post-test »), et enfin ceux ayant répondu à la fois au pré-test et au pré-test (population dite « Analysés »). La comparaison statistique des résultats obtenus au pré-test et au post-test portera uniquement sur ces 124 étudiants « double-répondeurs ».

2. Description de la population incluse en fonction du sexe

	Pré-test (n=156)	**Post-test (n=154)**	**Analysés (n=124)**
Sexe			
Femmes	114 (73%)	116 (75%)	91 (73%)
Hommes	42 (27%)	38 (25%)	33 (27%)

Tableau 3 – Distribution des hommes et des femmes au sein de la population incluse

Le sex-ratio est similaire dans les 3 populations étudiées (« pré-test », « post-test » et « analysés ») de l'ordre de 1 homme pour 3 femmes.

3. Analyse descriptive des réponses portant sur le préservatif masculin

	Pré-test (n=156)	**Post-test (n=154)**	**Analysés (n=124)**			
			Pré-test	Post-test	Différence pré/post-test	Test de Mc Nemar
Q2 : Avez-vous déjà essayé un préservatif masculin ?						
Oui	135 (87%)	140 (91%)	110 (89%)	114 (92%)	+4 (+4%)	p=0.13
Q3 : Diriez-vous que le préservatif masculin est pratique à utiliser ?						
Réponse favorable	90 (58%)	107 (69%)	70 (56%)	89 (72%)	+19 (+27%)	**p=3.9e-3**
Q4 : Diriez-vous que le préservatif masculin est agréable à utiliser ?						
Réponse favorable	27 (17%)	38 (25%)	21 (17%)	35 (28%)	+14 (+67%)	**p=5.6e-3**
Q5 : Diriez-vous que le préservatif masculin est facile à proposer à un(e) partenaire sexuel(le) ?						
Réponse favorable	125 (80%)	125 (81%)	100 (81%)	106 (85%)	+6 (+6%)	p=0.33
Q6 : Diriez-vous que le préservatif masculin est un moyen efficace de protection contre les IST ?						
Réponse favorable	152 (97%)	152 (99%)	122 (98%)	124 (100%)	+2 (+2%)	p=0.48

Tableau 4 – Description des réponses des étudiants aux questions portant sur le préservatif masculin (questions 2 à 6, pré-test et post-test)

Près de neuf étudiants sur dix avaient déjà essayé un préservatif masculin lors du pré-test. Quatre étudiants supplémentaires l’ont essayé pour la première fois après mon intervention.

Un étudiant sur deux jugeait le préservatif masculin « pratique à utiliser » dès le pré-test, et moins d’un sur cinq « agréable à utiliser ». Ces proportions ont significativement augmenté entre le pré- et le post-test (respectivement +27% et +67%).

Plus de quatre étudiants sur cinq jugeaient le préservatif masculin « facile à proposer à un partenaire sexuel » et « efficace contre les IST » dès le pré-test, sans évolution significative après l’intervention.

4. Analyse descriptive des réponses portant sur le préservatif féminin

4.1. Evaluation pré-test

	Pré-test (n=156)	**Analysés Pré-test (n=124)**
Q7 : Avez-vous déjà entendu parler du préservatif féminin avant de répondre à ce questionnaire ?		
Oui	153 (98%)	123 (99%)
Q8 : Si vous aviez répondu « oui » à la question précédente, à quelle occasion avez-vous entendu parler du préservatif féminin ? (plusieurs réponses possibles)		
Campagnes de prévention contre le VIH, télévision	108 (69%)	84 (68%)
Amis, cercle familial	60 (38%)	50 (40%)
Cours de la faculté	52 (33%)	45 (36%)
Médecin	8 (5%)	8 (6%)
Partenaire sexuel	9 (6%)	7 (6%)
Autre	27 (17%)	23 (19%)
Q9 : Avez-vous déjà essayé un préservatif féminin ?		
Oui	10 (6%)	9 (7%)

Tableau 5 – Description des réponses des étudiants aux questions portant sur le préservatif féminin (questions 7 à 9, pré-test)

La quasi-unanimité des étudiants a déclaré avoir déjà entendu parler du préservatif féminin avant mon intervention. Les médias, l’entourage personnel et familial, et les cours de la faculté étaient les moyens privilégiés par lesquels les étudiants ont eu connaissance du préservatif féminin. Cependant, très peu d’entre eux l’avaient déjà utilisé avant mon intervention : 9 étudiants parmi les « double-répondeurs » (8 femmes et 1 homme).

4.2. Evaluation post-test

	Post-test (n=154)	**Analysés Post-test (n=124)**
Q7 : Avez-vous utilisé un préservatif féminin depuis mon intervention sur le préservatif féminin ?		
Oui	22 (14%)	20 (16%)
Q8 : Diriez-vous que cette formation a modifié votre représentation du préservatif féminin ?		
Réponse favorable	104 (68%)	83 (67%)
Q9 : Si un ami vous demandait votre avis, pensez-vous que vous conseilleriez le préservatif féminin ?		
Réponse favorable	76 (49%)	61 (49%)

Tableau 6 – Description des réponses des étudiants aux questions portant sur le préservatif féminin (questions 7 à 9, post-test)

Parmi les étudiants « double-répondeurs », 20 ont déclaré avoir utilisé un préservatif féminin après mon intervention (12 femmes et 8 hommes). Parmi ces 20 étudiants, 18 étudiants l'avaient essayé pour la première fois. Seules 2 femmes l'avaient déjà essayé avant mon intervention et ont déclaré l'avoir utilisé à nouveau.

Deux tiers des étudiants ont déclaré que mon intervention avait modifié leurs représentations du préservatif féminin (critère de jugement principal). Et la moitié des étudiants déclaraient qu'ils conseilleraient le préservatif féminin à un ami.

4.3. Caractéristiques alléguées au préservatif féminin

	Pré-test (n=156)	**Post-test (n=154)**	**Analysés (n=124)**			
			Pré-test	Post-test	Différence pré/post-test	Test de Mc Nemar
Q10 : Diriez-vous que le préservatif féminin est pratique à utiliser ?						
Réponse favorable	1 (1%)	18 (12%)	0 (0%)	13 (10%)	+13 (+∞)	**p=8.7e-4**
Q11 : Diriez-vous que le préservatif féminin est agréable à utiliser ?						
Réponse favorable	2 (1%)	11 (7%)	1 (1%)	9 (7%)	+8 (+800%)	**p=0.01**
Q12 : Diriez-vous que le préservatif féminin est facile à proposer à un(e) partenaire sexuel(le) ?						
Réponse favorable	7 (4%)	13 (8%)	6 (5%)	10 (8%)	+4 (+67%)	p=0.42
Q13 : Diriez-vous que le préservatif féminin est un moyen efficace de protection contre les IST ?						
Réponse favorable	89 (57%)	136 (88%)	73 (59%)	110 (89%)	+37 (+51%)	**p=2.7e-7**

Tableau 7 – Description des réponses des étudiants aux questions portant sur les caractéristiques alléguées au préservatif féminin (questions 10 à 13, pré-test et post-test)

En dehors de la confiance en l'efficacité du préservatif féminin dans la protection contre les IST, le taux de réponses favorables était faible pour les caractéristiques alléguées au préservatif féminin.

Ces critères de jugement secondaires augmentaient cependant de manière significative après mon intervention, à l'exception du caractère « facile à proposer ».

4.4. Avantages et inconvénients du préservatif féminin

4.4.1. Description globale des réponses

	Pré-test (n=156)	Post-test (n=154)	Analysés (n=124)		
			Pré-test	Post-test	Différence pré/post-test
Q14 : Parmi ces propositions, quelles sont, selon vous, les 3 affirmations les plus pertinentes au sujet du préservatif féminin ?					
Il altère moins les sensations que le préservatif masculin pendant le rapport sexuel et transmet mieux la chaleur	12 (8%)	42 (27%)	10 (8%)	36 (29%)	+26 (+260%)
Il permet d'alterner le port du contraceptif entre les 2 partenaires	32 (21%)	33 (21%)	22 (18%)	26 (21%)	+4 (+18%)
Il peut être mis en place longtemps avant les préliminaires car il ne nécessite pas que le pénis soit en érection	57 (37%)	47 (31%)	41 (33%)	38 (31%)	-3 (-7%)
Il permet à la femme de mieux maîtriser son risque d'exposition au VIH	50 (32%)	47 (31%)	42 (34%)	37 (30%)	-5 (-12%)
Il ne provoque pas d'allergie (car il n'est pas en latex, contrairement au préservatif masculin)	8 (5%)	18 (12%)	6 (5%)	16 (13%)	+10 (+167%)
Il est cher et n'est pas disponible aussi facilement que le préservatif masculin en pharmacie	88 (56%)	85 (55%)	71 (57%)	68 (55%)	-3 (-4%)
Une fois mis en place, il n'est pas esthétique et peut effrayer le partenaire	63 (40%)	86 (56%)	52 (42%)	66 (53%)	+14 (+27%)
La taille du préservatif et ses 2 anneaux peuvent surprendre	39 (25%)	48 (31%)	34 (27%)	37 (30%)	+3 (+9%)
Il peut être difficile à mettre en place lors des 1ères utilisations	99 (63%)	51 (33%)	81 (65%)	44 (35%)	-37 (-46%)
Il provoque un bruit désagréable qui peut perturber le rapport sexuel	16 (10%)	15 (10%)	12 (10%)	15 (12%)	+3 (+25%)

Tableau 8 – Description des réponses des étudiants aux questions portant sur les avantages et les inconvénients du préservatif féminin (question 14, pré-test et post-test)

Les deux avantages les plus souvent cités par les étudiants (près d'un sur trois) étaient : « il peut être mis en place longtemps avant les préliminaires car il ne nécessite pas que le pénis soit en érection » et « il permet à la femme de mieux maîtriser son risque d'exposition au VIH ». Plus de trois fois plus d'étudiants ont répondu au post-test qu' « il altèr[ait] moins les sensations que le préservatif masculin pendant le rapport sexuel et transmet[tait] mieux la chaleur ».

L'inconvénient le moins souvent cité était : « il provoque un bruit désagréable qui peut perturber le rapport sexuel ». Les quatre autres inconvénients proposés ont été choisis par 30 à 50% des étudiants. Une nette diminution entre le pré-test et le post-test a été observée pour l'affirmation « il peut être difficile à mettre en place lors des 1ères utilisations ».

	Analysés (n=124)	
	Pré-test	Post-test
Nombre total d'avantages choisis par les étudiants	121	153
Moyenne du nombre d'avantage par étudiant	**0.98**	**1.23**
Nombre total d'inconvénients choisis par les étudiants	250	230
Moyenne du nombre d'inconvénient par étudiant	**2.02**	**1.86**
Ratio avantages / inconvénients	0.48	0.67

Tableau 9 – Description de la répartition des avantages et inconvénients parmi les affirmations choisies par les étudiants (question 14, pré-test et post-test)

La moyenne du nombre d'avantage par étudiant a augmenté entre le pré-test et le post-test, puisqu'elle est passée de 0.98 à 1.23 et la moyenne du nombre d'inconvénient par étudiant a diminué puisqu'elle est passée de 2.02 à 1.86. Au pré-test, on avait un rapport d'1 avantage pour 2 inconvénients choisis (0.48), alors qu'au post-test on avait un rapport de 2 avantages pour 3 inconvénients choisis (0.67).

4.4.2. Description des réponses en fonction du sexe

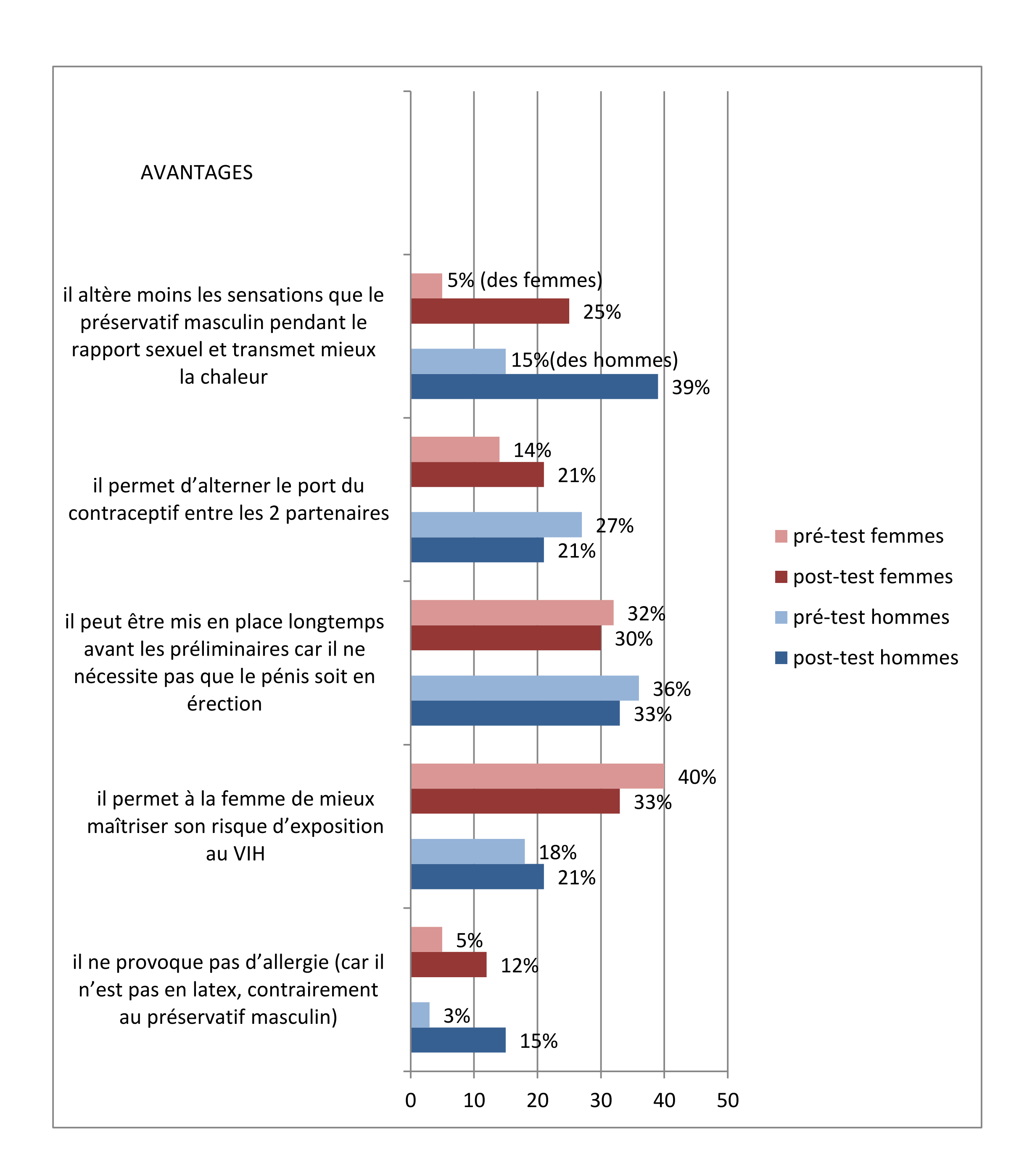


Figure 5 – Diagramme des réponses des étudiants aux questions portant sur les avantages du préservatif féminin (question 14, pré-test et post-test), en fonction du sexe

L'avantage le plus choisi au pré-test et au post-test par les femmes était celui de la maîtrise du risque d'exposition au VIH par la femme, alors que les hommes ne l'avaient choisi qu'en troisième position parmi les avantages au pré-test et au post-test.

L'avantage le plus choisi par les hommes au post-test était que le préservatif féminin « altère moins les sensations que le préservatif masculin pendant le rapport sexuel et [qu'il] transmet mieux la chaleur », alors que les femmes ne l'avaient choisi qu'en troisième position parmi les avantages.

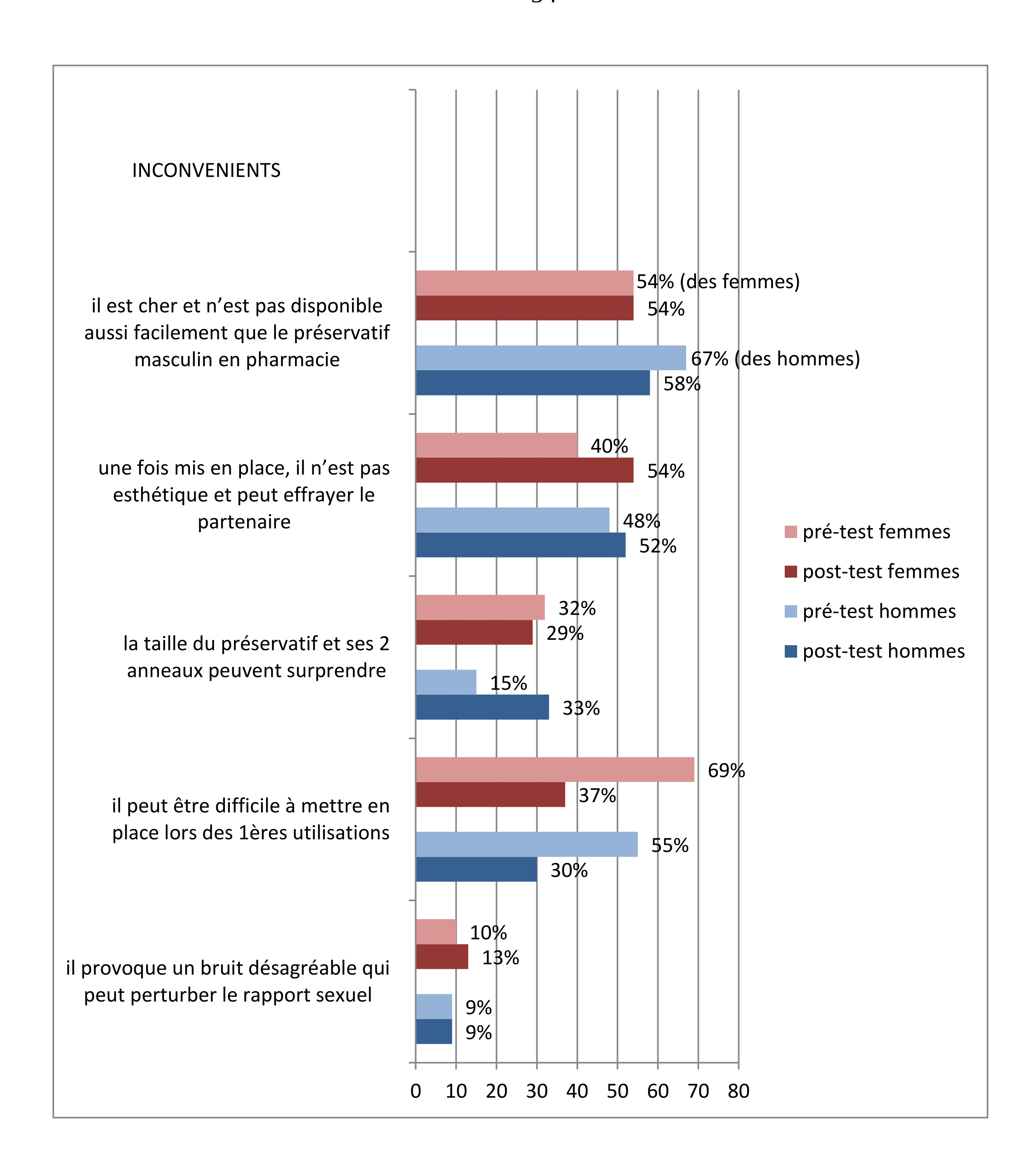


Figure 6 - Diagramme des réponses des étudiants aux questions portant sur les inconvénients du préservatif féminin (question 14, pré-test et post-test), en fonction du sexe

La figure 6 montre que le choix des inconvénients par les étudiants était assez similaire pour les 2 sexes. Deux fois plus d'hommes trouvaient que la taille pouvait surprendre lors du post-test.

4.4.3. Description des réponses en fonction de l'expérimentation du préservatif féminin

		Analysés (n=124)		
		Pré-test	Post-test	Différence pré/post-test
Il altère moins les sensations que le préservatif masculin pendant le rapport sexuel et transmet mieux la chaleur	Essayé (n=20)	2 (10%)	4 (20%)	+2 (+100%)
	Pas essayé (n=104)	8 (8%)	32 (31%)	+24 (+300%)
Une fois mis en place, il n'est pas esthétique et peut effrayer le partenaire	Essayé (n=20)	7 (35%)	11 (55%)	+4 (+57%)
	Pas essayé (n=104)	45 (43%)	55 (53%)	+10 (+22%)
Il peut être difficile à mettre en place lors des 1ères utilisations	Essayé (n=20)	10 (50%)	7 (35%)	-3 (-30%)
	Pas essayé (n=104)	71 (68%)	37 (36%)	-34 (-48%)

Tableau 10 – Description des réponses des étudiants aux questions portant sur les avantages et les inconvénients du préservatif féminin (question 14, pré-test et post-test), en fonction de l'expérimentation du préservatif féminin

J'ai choisi de ne décrire que les 3 affirmations dont le choix par les étudiants pouvait être influencé par l'expérimentation ou non du préservatif féminin.

Le fait que le préservatif féminin « altère moins les sensations que le préservatif masculin pendant le rapport sexuel et [qu'il] transmet[te] mieux la chaleur » a été proportionnellement plus choisi lors du post-test par ceux qui ne l'ont pas essayé (essayé : 20% ; pas essayé : 31%).

L'inconvénient de l'aspect inesthétique et possiblement effrayant du préservatif féminin a été proportionnellement autant choisi lors du post-test par ceux qui ont essayé un préservatif féminin que par ceux qui ne l'ont pas essayé, mais la progression entre les 2 tours a été plus importante chez ceux qui l'ont essayé (essayé : +57% ; pas essayé : +22%).

L'inconvénient de la mise en place du préservatif féminin possiblement difficile lors des premières utilisations a fortement régressé, mais de manière plus importante dans le groupe des étudiants n'ayant pas essayé le préservatif féminin (essayé : -30% ; pas essayé : -48%).

IV. Discussion

L'analyse des résultats a montré qu'une intervention sur le préservatif féminin auprès d'étudiants en médecine modifiait globalement leur représentation de ce moyen de contraception et de protection contre les IST. Certains aspects négatifs du préservatif féminin restent cependant importants pour les étudiants malgré mon intervention.

1. Forces et faiblesses de l'étude

1.1. Population incluse

L'échantillon de 196 étudiants inscrits au certificat complémentaire optionnel de médecine préventive correspond à la moitié de la promotion de DCEM2 (389 étudiants en 2008-2009). Il peut donc être considéré comme suffisamment représentatif de cette population.

La répartition par sexe de la population incluse est la même que celle existant dans une promotion de médecine actuellement, soit environ 1 homme pour 3 femmes. Mon échantillon est donc représentatif en ce qui concerne le sex-ratio.

En ce qui concerne la population analysée (les 124 « double-répondeurs »), certains étudiants ont probablement répondu aux 2 tests, mais ils n'ont pas choisi le même identifiant pour les 2 tests. Je n'ai donc pas pu apparier leurs réponses et j'ai choisi de les exclure de l'analyse. La population dite « analysée » est sensiblement la même que la population incluse ayant répondu au pré-test ou au post-test (population dite « pré-test » et population dite « post-test »).

1.2. Intervention sur le préservatif féminin

Lors de mon intervention, j'ai dû faire face à des classes plus agitées que d'autres, avec souvent une personne plus extravertie que les autres qui m'interpelait sur la forme du préservatif féminin et qui amenait la classe dans une ambiance peu studieuse. Mais dans l'ensemble, les étudiants étaient assez attentifs à ce que je leur expliquais, et avaient l'air intrigués par mes arguments. Je pense qu'il est plus facile d'intervenir face à des étudiants en médecine âgés de 20 à 23 ans sur un sujet comme la sexualité, plutôt que face à des collégiens ou des lycéens.

Mon formateur m'avait conseillé de répondre avec humour aux remarques péjoratives sur le préservatif féminin comme « on dirait un sac plastique » ou « oh, le sac poubelle ! ». Lui avait l'habitude de répondre « oui, et tu peux aussi t'en servir comme panier de basket ou cendrier ».
Je réalisais ma démonstration devant des salles de classe d'une vingtaine d'étudiants, et l'effet de groupe encourage parfois les jeunes personnes à rire ou se moquer de sujets comme la sexualité, d'autant plus que je leur présentais un dispositif qui pouvait amener des railleries.

J'ai parfois assisté, lors de mes cours ou formations diverses, à une présentation du préservatif féminin, et l'enseignant prend souvent un air de dégoût en le tenant du bout des doigts, le plus loin possible de lui, comme quelque chose de répugnant. Je pense effectivement que ce type de démonstration ne peut pas encourager les étudiants à le promouvoir à leur tour. J'ai également remarqué que lorsque je présente ce moyen de contraception à une patiente en consultation, en ayant l'air convaincue du fait que cela peut tout à fait convenir à une femme comme elle et qu'il présente de nombreux avantages, de nombreuses patientes acceptent d'en prendre un échantillon, et de le tester avec leur partenaire. Je pense que la conviction du démonstrateur est primordiale dans le résultat de sa démonstration sur ses spectateurs.

1.3. Regroupement des modalités de réponse

Concernant les questions 3 à 6 et 10 à 13 portant sur les caractéristiques alléguées aux préservatifs masculin et féminin (pratique à utiliser, agréable à utiliser, facile à proposer à un partenaire sexuel, efficace contre les IST), les différentes modalités de réponses ont été regroupées de la manière suivante :

- les réponses « plutôt » et « tout à fait » ont été considérées comme « favorables » ;
- les réponses « pas du tout », « plutôt pas », « moyennement » et « sans opinion » ont été considérées comme « défavorables ».

J'ai choisi de comptabiliser les réponses « moyennement » parmi les « réponses défavorables ». Dans un cadre aussi subjectif que la sexualité, j'ai choisi de considérer une réponse « moyenne » comme une réponse négative. Cette décision est discutable, d'autant plus que les réponses « moyennement » ont souvent été bien choisies par les étudiants au sujet du préservatif féminin. Si je les avais comptabilisées en « réponses favorables », cela aurait nettement changé mes résultats pour les questions 10 à 13 portant sur le préservatif féminin. Pour l'analyse de mes résultats, il aurait été préférable de ne pas avoir de réponse « moyennement ».
De la même manière, j'ai considéré que le fait d'être « sans opinion » était plutôt défavorable dans l'appréciation d'un préservatif.

1.4. Préservatif masculin

Parmi les 124 étudiants « double-répondeurs », 110 (89%) d'entre eux avaient déjà essayé un préservatif masculin avant mon intervention. Quatre étudiants supplémentaires ont déclaré l'avoir essayé pour la première fois après mon intervention, alors que je ne leur distribuais pas de préservatif masculin. Mon intervention a pu leur faire prendre conscience du fait que, pour leur pratique médicale ultérieure, il serait intéressant d'avoir testé ce dispositif avant d'en parler avec un patient.

Concernant les caractéristiques alléguées au préservatif masculin, l'augmentation significative du nombre d'étudiants jugeant le préservatif masculin « pratique à utiliser » (27% d'augmentation) et « agréable à utiliser » (67% d'augmentation) après mon intervention montre qu'une intervention sur le préservatif féminin a un effet positif sur la représentation du préservatif masculin.

Dès le pré-test, les étudiants jugeaient à 81% et 98% respectivement que le préservatif masculin était « facile à proposer à un partenaire sexuel » et « efficace contre les IST », et mon intervention n'a pas modifié significativement ces caractéristiques. Il semble que, grâce aux campagnes nationales de lutte contre le VIH, les étudiants en médecine sont convaincus de l'efficacité du préservatif masculin et de la banalité de l'introduire dans une relation sexuelle.

1.5. Préservatif féminin

- Expérimentation du préservatif féminin

Avant mon intervention, 99% des étudiants avaient déjà entendu parler du préservatif féminin, essentiellement par les médias (68%), leur entourage personnel et familial (40%) ou lors de leurs études de médecine (36%).

Seuls 6% en avaient entendu parler par leur médecin. La part du médecin dans la diffusion du préservatif féminin est donc minime. On peut évoquer le fait qu'un médecin ne parle pas de la même manière de sexualité ou d'IST avec un patient dont il sait qu'il est étudiant en médecine, qu'avec un patient n'ayant pas de connaissance médicale. Le médecin peut considérer qu'un étudiant en médecine est suffisamment informé sur ces sujets, et qu'il n'a pas forcément besoin de lui parler des préservatifs. Cela peut donc constituer un biais.

En ce qui concerne la réponse « autre » qui avait été choisie par 19% des étudiants, on peut faire l'hypothèse d'autres sources d'information :

- Internet qui a une part importante dans l'information aujourd'hui,

- un autre professionnel de santé que le médecin (par exemple une infirmière scolaire, une association ou un travailleur social),
- la presse ou la radio, que les étudiants n'ont peut-être pas identifiées comme faisant partie de la réponse « campagnes de prévention contre le VIH, télévision ». Il aurait peut-être été souhaitable de renommer cette réponse « médias ».

Avant mon intervention, 9 étudiants (7%) avaient déjà essayé un préservatif féminin, ce qui représente 8 femmes et 1 homme. Les femmes semblent donc plus sensibilisées à ce dispositif d'une manière générale.

Vingt étudiants avaient déclaré avoir essayé un préservatif féminin depuis mon intervention avec distribution d'échantillons, mais seulement 18 l'avaient essayé pour la première fois. Cela représente 8 hommes et 10 femmes, alors que le sex-ratio de la population incluse était de 1/3. Ma démonstration a probablement plus intrigué les hommes, puisqu'ils ont proportionnellement plus essayé le préservatif féminin.

Après mon intervention, il y avait donc 27 étudiants qui avaient essayé un préservatif féminin, soit 3 fois plus qu'avant mon intervention.

Cela me semble un résultat encourageant, étant donné qu'il fallait, pour avoir pu essayer un préservatif féminin dans un temps relativement court (2 mois), être en couple ou avoir une activité sexuelle régulière, ce qui n'est pas toujours une chose aisée pendant les études de médecine, et avoir un partenaire qui accepte de tester le dispositif. L'étude réalisée à Paris entre 1999 et 2001 montre effectivement que le type de relation entre les partenaires influe sur l'utilisation ou non du préservatif féminin. (19)

Je ne m'attendais pas à avoir un taux élevé d'essais dans l'intervalle entre mon intervention et le post-test, étant donné les conditions à réunir pour pouvoir l'essayer, et le fait que je ne leur demandais pas de l'essayer, mais leur donnais la possibilité de le faire. De plus, je n'ai réalisé cette démonstration auprès d'eux qu'une seule fois, alors que le nombre de messages de promotion ou de démonstration du préservatif masculin auxquels ils ont pu assister dans leur vie a probablement été bien plus élevé.

- Modification de représentation du préservatif féminin

Il s'agissait de mon critère de jugement principal.

Deux tiers des étudiants ont déclaré que mon intervention avait modifié leurs représentations du préservatif féminin.

Cette question sur leur représentation globale du préservatif féminin ne leur avait été posée qu'au post-test. En réalisant l'analyse, j'ai regretté de ne pas avoir une question équivalente au pré-test avec laquelle j'aurais pu comparer mes résultats. Mais la question portait sur une éventuelle « modification de représentation depuis mon intervention », donc elle ne pouvait pas être posée telle quelle au pré-test. Il aurait fallu formuler cette question comme une appréciation (positive ou négative) de leur représentation globale du préservatif féminin et leur poser la question avant et après mon intervention.

La moitié des étudiants ont déclaré qu'ils conseilleraient le préservatif féminin à un ami.

Il s'agissait d'étudiants en DCEM2, qui étaient en début de cursus, et notamment en début de stages d'externat pendant lesquels ils pouvaient avoir leurs premiers contacts avec des patients.

J'ai donc pensé qu'il n'était pas judicieux de leur poser la question du conseil à un patient, car ils n'avaient probablement pas encore été confrontés au problème de la prévention des grossesses non désirées et des IST en consultation et au fait de parler de sexualité avec un patient. Par contre, ils pouvaient être amenés à conseiller un ami sur ce type de problèmes et j'ai pensé que parler de sexualité avec un ami leur paraîtrait plus naturel dans un questionnaire.

Il faut préciser que j'ai choisi d'explorer avec une méthode quantitative (questionnaire fermé) des représentations, qui s'explorent théoriquement par des méthodes qualitatives. (36, 37) Il existe déjà de nombreuses études qualitatives sur l'acceptabilité du préservatif féminin et ses représentations, sur lesquelles je me suis basée pour construire mon questionnaire. Par ailleurs, une méthode quantitative me permettait de toucher un plus grand nombre d'étudiants dans un temps plus court, puisque les méthodes qualitatives sont beaucoup plus chronophages dans la réalisation puis dans la retranscription

des entretiens, et de conserver l’anonymat des étudiants dans un questionnaire portant sur des questions de sexualité. Cela leur a probablement permis de répondre plus librement.

- Caractéristiques alléguées au préservatif féminin

Concernant les caractéristiques alléguées au préservatif féminin (« pratique à utiliser », « agréable à utiliser », « facile à proposer à un partenaire » et « efficace contre les IST »), qui sont des critères de jugement secondaires, le taux de réponses favorables était faible, hormis pour la caractéristique « efficace contre les IST » qui était choisie par 6 étudiants sur 10 lors du pré-test et par 9 étudiants sur 10 lors du post-test. Mais ces taux ont augmenté de manière significative après mon intervention, sauf pour le critère « facile à proposer à un partenaire sexuel ».

Mon intervention n’avait duré que 15 minutes pour chaque étudiant, et tous n’avaient pas essayé le préservatif féminin, donc cela a probablement été trop court pour faire changer leurs opinions sur des critères aussi précis. Globalement, lors du post-test, ils déclaraient une représentation du préservatif féminin plus positive qu’avant, même si cette différence était moins évidente sur des critères plus spécifiques.

- Avantages et inconvénients du préservatif féminin

Concernant la question 14 sur les avantages et inconvénients, en raison d’un défaut du site Internet, les étudiants n’étaient pas limités techniquement dans le nombre de réponses cochées. Ils pouvaient cocher le nombre de réponses qu’ils souhaitaient, malgré la consigne de n’en cocher que 3. La grande majorité a respecté la consigne, mais il existe quelques erreurs, ce qui peut constituer un biais. Il aurait été souhaitable de paramétrer le site Internet de manière à ne pouvoir cocher que 3 réponses pour cette question.

Globalement, l'évolution était plutôt positive, puisqu'entre le pré-test et le post-test, le rapport avantages/inconvénients choisis passait de 1 sur 2 à 2 sur 3.

Avantages

Les avantages les plus choisis par les étudiants étaient :

- la mise en place possible à distance des rapports sexuels (pré-test : 33% ; post-test : 31%).
- le fait que la femme se réapproprie la maîtrise du risque de contamination par le VIH (pré-test : 34% ; post-test : 30%).

L'avantage le plus choisi par les femmes était celui de la maîtrise du risque d'exposition au VIH par la femme (pré-test : 40% ; post-test : 33%). On constate que les hommes ne l'avaient choisi qu'en troisième position parmi les avantages. C'est donc un avantage qui a plus d'impact parmi les femmes.

L'avantage le plus choisi par les hommes au post-test était que le préservatif féminin altère moins les sensations que le préservatif masculin et qu'il transmet mieux la chaleur (pré-test : 15% ; post-test : 39%). Cet argument de qualité du rapport sexuel a plus d'impact chez les hommes.

Le deuxième avantage le plus choisi par les hommes et par les femmes était celui de la mise en place possible à distance des rapports sexuels (femmes : pré-test : 32% ; post-test : 30% ; hommes : pré-test : 36% ; post-test : 33%). C'est également un argument sur la qualité du rapport sexuel, puisqu'il permet de ne pas interrompre les préliminaires.

On constate donc que, pour les femmes, ce qui est important est :

- d'abord le fait que le préservatif féminin représente un gain d'autonomie pour la femme dans sa sexualité,
- en second, un argument de qualité du rapport sexuel et des préliminaires.

Pour les hommes, les 2 avantages les plus importants sont des arguments de qualité du rapport sexuel.

Le fait que le préservatif féminin « altère moins les sensations que le préservatif masculin pendant le rapport sexuel et [qu'il] transmet[te] mieux la chaleur » a été proportionnellement plus choisi lors du post-test par ceux qui ne l'ont pas essayé que par ceux qui l'ont essayé depuis mon intervention (essayé : 20% ; pas essayé : 31%). On peut émettre comme hypothèses que ceux qui ne l'ont pas essayé répondent ce que je leur ai appris lors de mon intervention en me faisant confiance, et que pour ceux qui l'ont essayé depuis mon intervention, un ou deux essais du préservatif féminin ne leur a pas permis de confirmer cet avantage, et que cela nécessite une appropriation plus longue du dispositif.

Inconvénients

Les inconvénients les plus choisis au post-test étaient :

- le prix élevé et la faible disponibilité en pharmacie du préservatif féminin (pré-test : 57% ; post-test : 55%). C'est donc un obstacle majeur à la diffusion du préservatif féminin, qui reste assez stable entre les 2 tests.
- l'aspect inesthétique du préservatif féminin et le fait qu'il puisse effrayer le partenaire (pré-test : 42% ; post-test : 53%). La nette progression de cet inconvénient entre les 2 tests montre que le fait d'avoir pu observer les préservatifs féminins ne les a pas convaincus, et qu'ils pensent que l'aspect inhabituel est l'un des principaux freins à la promotion de ce dispositif.

Ces deux réponses étaient également les plus choisies parmi les femmes et parmi les hommes lors du post-test. Donc le sexe n'influence pas le choix de ces inconvénients.

Une nette diminution entre le pré-test et le post-test a été observée pour l'affirmation « il peut être difficile à mettre en place lors des 1ères utilisations » (pré-test : 65% ; post-test : 35%). Les étudiants semblaient convaincus que cette mise en place doit s'apprendre comme pour le préservatif masculin, et n'est donc pas un obstacle à l'utilisation de ce produit. Cette affirmation a plus fortement régressé parmi les étudiants n'ayant pas essayé le préservatif féminin que chez ceux l'ayant essayé, mais qu'ils aient essayé ou non un préservatif féminin, la proportion d'étudiants ayant choisi cette affirmation au post-test est similaire puisqu'elle est de 35% dans les 2 groupes.

Il faut donc retenir que les avantages du préservatif féminin qu'ont retenus les étudiants étaient :

- la réappropriation par la femme de la maîtrise de son exposition aux IST,
- la mise en place possible à distance des rapports sexuels,
- les meilleures sensations qu'avec le préservatif masculin.

Mais les freins qui semblaient importants pour eux étaient :

- l'aspect inesthétique et inhabituel du préservatif féminin,
- son prix trop élevé et sa faible diffusion.

Un autre aspect important pour eux était :

- la nécessité de s'entrainer à la pose du préservatif féminin.

2. Comparaison avec d'autres travaux

Dans l'étude menée entre 1999 et 2001 en centres IST et CDAG à Paris (19), il s'agissait d'entretiens individuels avec des personnes à qui on proposait de tester le préservatif féminin. Le même type de démonstration que j'ai réalisé était proposé à ces personnes, avec distribution d'échantillons. Avant l'enquête, 5% des personnes interrogées avaient déjà utilisé un préservatif féminin, alors que mon étude a montré 7% de personnes l'ayant déjà essayé avant ma formation, ce qui semble assez cohérent. De même que dans mon enquête, très peu de personnes avaient entendu parler du préservatif féminin par leur médecin (3%). Il est intéressant de noter que lors des essais, plus de 9 personnes sur 10 utilisent leur premier préservatif féminin avec un partenaire régulier. Cela semble cohérent avec le fait que les étudiants de mon enquête ne pensent pas que le préservatif féminin soit facile à proposer à un partenaire sexuel. L'étude conclut que la relation de la femme à son partenaire influe sur l'utilisation du préservatif féminin et qu'il faut encourager les femmes à s'entraîner à mettre en place le dispositif pour initier une démarche d'appropriation du préservatif féminin par la femme et de mise en confiance.

Je pense que des entretiens individuels modifient évidemment la réceptivité de la personne que l'on cherche à sensibiliser. Ces entretiens auraient été possibles si j'avais choisi une méthode qualitative. J'ai plutôt choisi de réaliser une formation collective car le but était de pouvoir appliquer cette formation à des groupes de médecins pour les sensibiliser sur le préservatif féminin, qu'ils ne semblent pas beaucoup promouvoir auprès de leurs patients.

Dans l'étude portant sur l'introduction de préservatifs féminins auprès de prostituées en Amérique Centrale (5), les femmes livrent leurs impressions sur le préservatif féminin après plusieurs essais. Elles expriment notamment que cela leur a pris du temps pour décider si elles appréciaient ou non ce dispositif et que sa bonne utilisation nécessitait un apprentissage avec des essais de mise en place seules avant de l'utiliser avec un partenaire. Les avantages qu'elles citent sont : le confort pour l'homme et pour la femme en raison de la lubrification, qui selon elles est insuffisante sur un préservatif masculin ; le fait qu'elles et leurs partenaires avaient parfois la sensation de ne pas avoir de préservatif ; la grande taille du préservatif féminin qui s'adapte donc à toutes les tailles de pénis et réduit le risque de craquage du préservatif ; le fait qu'elles avaient l'impression d'une meilleure protection contre les infections sexuellement transmissibles parce que le préservatif féminin protège mieux la vulve que le préservatif masculin. Toutefois, elles citent les réactions négatives de leurs partenaires devant l'aspect inhabituel et la grande taille du dispositif. Avec beaucoup plus de pratique que les étudiants de mon étude, les prostituées d'Amérique Centrale semblent soulever les mêmes points centraux, notamment les meilleurs sensations qu'avec un préservatif masculin, la nécessité de s'entraîner à la pose, et le problème de l'esthétique. Les recommandations que formulaient les prostituées étaient de rendre le préservatif féminin plus facilement accessible et moins coûteux, et d'informer les hommes et les femmes sur l'existence et le mode d'emploi du préservatif féminin.

Il est vrai qu'on aurait tendance à penser qu'il faille informer les femmes sur ce nouveau moyen de contraception et de protection contre les infections sexuellement transmissibles, mais on ne s'est pas posé cette question du sexe concerné lors des campagnes de prévention contre le VIH et de promotion

du préservatif masculin. Ces campagnes ont été massives et devaient toucher les deux sexes. Il semble donc logique d'informer les deux sexes sur le préservatif féminin.

3. Perspectives

3.1. Améliorations possibles de mon enquête

Du point de vue de mon enquête, je pense que certaines améliorations sont possibles :

- Je regrette de ne pas avoir demandé aux étudiants des précisions sur leur type de sexualité et leur situation amoureuse puisque cela semble influencer l'essai du préservatif féminin. On peut donc imaginer une première question leur demandant leur orientation sexuelle (homosexuel, hétérosexuel, ou bisexuel), puis une seconde question leur demandant s'ils ont eu dans les 6 derniers mois : un partenaire sexuel régulier, entre 1 et 5 partenaire(s) sexuel(s) irrégulier(s), plus de 5 partenaires sexuels irréguliers, pas de partenaire, ou s'ils sont abstinents. Ces données sont très personnelles, donc il serait absolument nécessaire de préserver l'anonymat des répondants et cela nécessiterait également une déclaration particulière à la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés).
- Je pense qu'il aurait été important de savoir combien de fois ils ont essayé le préservatif féminin. Les réponses ne seront pas les mêmes si l'on a essayé une seule fois ou plusieurs fois le préservatif féminin.
- Il aurait été intéressant de réinterroger ces mêmes étudiants plusieurs mois ou années après, et de voir comment auraient évolué leurs réponses. Parfois, il faut du temps pour changer d'opinion.

Je pense qu'il faut répéter ce type de démonstration, en montrant le préservatif féminin lorsqu'on en parle, en expliquant les raisons de son aspect inesthétique et inhabituel avec les deux anneaux, puisque

cela semble être un obstacle important à son acceptation. Une seule démonstration est probablement insuffisante sur cet aspect et pour obtenir un nombre important d'essais du préservatif féminin.

Ces démonstrations devraient être réalisées auprès de médecins et de pharmaciens, pour que ceux-ci puissent promouvoir à leur tour le préservatif féminin auprès de leurs patients ou clients. Il semble également intéressant de répéter mon intervention sur des étudiants en médecine, afin de sensibiliser toutes les nouvelles promotions de médecins à ce dispositif.

Je fais donc des propositions pour le futur :

- On pourrait proposer cette intervention aux étudiants dès leur entrée dans l'internat de médecine générale, puis suivre chaque promotion d'internes en répétant cette intervention chaque année et en les faisant répondre au même questionnaire. Il serait donc envisageable de comparer ceux qui entrent en TCEM1 (première année du Troisième Cycle des Etudes Médicales) aux résultats de ceux qui sortent de TCEM3, et ainsi voir si plusieurs interventions de ce type, répétées sur plusieurs années, permettent une meilleure représentation du préservatif féminin.
- Il serait possible d'étendre cela aux différentes facultés de médecine générale d'Ile-de-France, pour avoir des effectifs importants d'étudiants.
- Il serait également intéressant de proposer cette formation à des pharmaciens et d'observer l'évolution de leurs ventes de préservatifs féminins.

3.2. Perspectives de Santé Publique

Il semble évidemment majeur de baisser le coût et de favoriser la disponibilité du préservatif féminin en pharmacie ou dans la grande distribution, puisque c'est l'inconvénient le plus cité par les étudiants. Cela passe probablement par d'autres campagnes de promotion et de diffusion auprès des hommes et des femmes, et par les médias, qui semblent être le meilleur moyen pour toucher les jeunes.

Un article du journal *Reproductive Health Matters* fait un constat à partir des différentes publications de ces dernières années, d'entretiens avec des représentants d'ONUSIDA et d'autres organisations, et d'observations lors de la Conférence internationale sur le VIH organisée à Mexico en août 2008 et avance l'idée du déni international du fort potentiel du préservatif féminin. (8) L'hypothèse des auteurs est que l'accès universel au préservatif féminin n'est pas principalement entravé par des obstacles du côté des usagers, comme on l'affirme souvent, ni par la réticence des gouvernements dans les pays en voie de développement, mais que l'acceptabilité du préservatif féminin est problématique au niveau politique internationale et que son accès n'a pas été favorisé comme il l'aurait dû. Les campagnes de promotion du préservatif féminin ont été sabotées par les différents acteurs qui peinaient à permettre une accessibilité du préservatif féminin qui aurait satisfait et donc fait augmenter la demande. Les différents acteurs que sont les fournisseurs, les gouvernements et les décideurs publics internationaux contribuent à différents degrés à la marginalisation du préservatif féminin, exceptées les femmes elles-mêmes. Une action collective et synergique pour l'accès au préservatif féminin n'a jamais été entreprise.

Par exemple, les auteurs évoquent le fait que les professionnels de santé ont parfois des réticences à parler du préservatif féminin aux femmes pour plusieurs raisons : ils connaissent mal le dispositif et se sentent peu capables de l'expliquer ; ils ont aussi leurs propres inhibitions à propos de la sexualité, et ne sont pas convaincus du fait que ces femmes vont être intéressées par le dispositif. L'information est donc bloquée en amont des utilisatrices potentielles. Par ailleurs, les auteurs déplorent le fait que les programmes de promotion du préservatif féminin ont souvent eu pour cible les prostituées, ce qui a

amené à stigmatiser le préservatif féminin comme un moyen qui n'est pas destiné aux femmes dites « stables sexuellement ». Les médias ont également leur part de responsabilité, puisqu'ils parlent très peu du préservatif féminin ou continuent de le présenter comme un dispositif « à l'essai ». Enfin, les auteurs de l'article évoquent le fait qu'ONUSIDA n'a pas de groupe de travail dédié au préservatif féminin, alors qu'ils ont de nombreux experts qui travaillent sur l'apport de la circoncision masculine dans la lutte contre le VIH. Les raisons profondes de cette marginalisation collective du préservatif féminin ne sont pas claires et devraient être explorées.

Il semble en effet insensé de ne pas promouvoir un moyen de double protection comme le préservatif féminin, qui semble remplir les conditions d'acceptabilité chez les femmes après plusieurs essais et un processus d'appropriation du dispositif, et qui est le seul moyen de protection contre les IST à l'initiative de la femme.

4. Applications dans la pratique du médecin généraliste

Lors de mon exercice de médecin généraliste, j'ai pu tester ma démonstration du préservatif féminin et son effet sur les patientes. Il m'a semblé que si je parlais du préservatif féminin en considérant que c'était une évidence, comme on parle habituellement du préservatif masculin, le message était reçu de manière assez positive.

Je pense que ce moyen ne peut pas convenir à tout type de femmes, notamment pas à celles qui ne se sont pas approprié leur corps, comme une femme qui refuse de mettre un tampon parce que c'est un objet qu'elle doit insérer dans son vagin. Pour mettre un préservatif féminin, une femme doit avoir une certaine connaissance de son anatomie.

J'ai remarqué que l'entretien individuel qu'on a en consultation permet de parler sans tabous des avantages sur les sensations, ou sur la possible stimulation du clitoris par exemple. Mais je pense aussi

que présenter ce dispositif à un groupe de femmes n'est pas du tout un obstacle, parce qu'elles peuvent échanger entre elles, parler de leurs expériences.

J'ai parfois eu des réactions de rejet de la part de mes patientes, « oh non, ne me parlez pas du sac poubelle », ou bien « une amie m'a dit qu'il faisait un bruit très désagréable ». Mais j'ai aussi reçu des réactions très positives « oui, je veux l'essayer, ça va plaire à mon copain de ne pas devoir mettre le préservatif » ou « si les sensations sont meilleures, je veux tester », ou même des femmes qui l'avaient essayé et qui l'avaient adopté « maintenant que j'ai essayé le préservatif féminin, je ne veux plus jamais avoir de rapports avec un préservatif masculin ».

Je remarque que je n'ai jamais parlé du préservatif féminin à un homme en consultation et je pense que c'est une erreur. Je pense qu'en tant que médecin femme, il m'est plus facile d'aborder la sexualité avec une femme en consultation, en démarrant par la notion de la contraception. Je me rends compte que j'ai plus de difficultés à aborder ce sujet avec un homme sans avoir l'air intrusif.

Je pense qu'il faut intégrer le préservatif féminin au panel de contraceptifs proposés à une femme en âge de procréer, et également le proposer en alternative au préservatif masculin dans la protection contre les IST.

V. Conclusion

Mon travail s'attachait à vouloir modifier les préjugés des étudiants en médecine sur le préservatif féminin, afin qu'ils puissent ultérieurement proposer ce dispositif à leurs patients en délivrant les bons messages et en étant capable d'en expliquer le mode d'emploi. Il semble en effet primordial que le message envers le public passe aussi par les médecins.

Les étudiants que j'ai rencontrés ont modifié leurs représentations d'une manière globale, mais gardent certaines réticences concernant le préservatif féminin. Il est probable que mon intervention ait été trop courte, ou trop ponctuelle. Ce travail est reproductible sur d'autres promotions d'étudiants en médecine, et sur des groupes de médecins en exercice, ce qui permettrait d'augmenter l'impact du message de valorisation du préservatif féminin.

Ce genre d'expérimentation est évidemment insuffisant pour favoriser la diffusion du préservatif féminin en France. Il faut que la promotion soit faite par différents acteurs (associations, médecins, pharmaciens, gouvernement et Ministère de la santé), et qu'elle passe également de manière répétée par les médias pour qu'elle soit efficace. Parallèlement, des campagnes de baisse du coût ou de distributions gratuites massives devraient être organisées, comme elles l'ont été pour le préservatif masculin.

Annexe 1 : copie d'écran du questionnaire pré-test en ligne

PRE-TEST D'EVALUATION

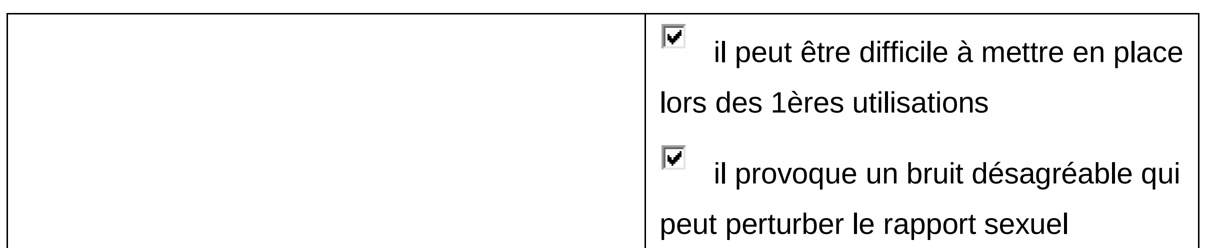
sondage sur les préservatifs	
Quel est votre sexe?	(•) masculin ( ) féminin
Il n´y a pas de bonne ou mauvaise réponse à cette question. Pour des raisons techniques, nous avons été obligés de choisir une bonne réponse. Veuillez donc ne pas en tenir compte.	
Les prochaines questions concernent le préservatif masculin. Avez-vous déjà utilisé un préservatif masculin ?	(•) oui ( ) non
Il n´y a pas de bonne ou mauvaise réponse à cette question. Pour des raisons techniques, nous avons été obligés de choisir une bonne réponse. Veuillez donc ne pas en tenir compte.	
Diriez-vous que le préservatif masculin est pratique à utiliser ?	(•) pas du tout pratique ( ) plutôt pas pratique ( ) moyennement pratique ( ) plutôt pratique ( ) tout à fait pratique ( ) sans opinion
Il n´y a pas de bonne ou mauvaise réponse à cette question. Pour des raisons techniques, nous avons été obligés de choisir une bonne réponse. Veuillez donc ne pas en tenir compte.	

Diriez-vous que le préservatif masculin est agréable à utiliser ?	◉ pas du tout agréable ○ plutôt pas agréable ○ moyennement agréable ○ plutôt agréable ○ tout à fait agréable ○ sans opinion
Il n´y a pas de bonne ou mauvaise réponse à cette question. Pour des raisons techniques, nous avons été obligés de choisir une bonne réponse. Veuillez donc ne pas en tenir compte.	
Diriez-vous que le préservatif masculin est facile à proposer à un(e) partenaire sexuel(le) ?	◉ pas du tout facile à proposer ○ plutôt pas facile à proposer ○ moyennement facile à proposer ○ plutôt facile à proposer ○ tout à fait facile à proposer ○ sans opinion
Il n´y a pas de bonne ou mauvaise réponse à cette question. Pour des raisons techniques, nous avons été obligés de choisir une bonne réponse. Veuillez donc ne pas en tenir compte.	
Diriez-vous que le préservatif masculin est un moyen efficace de protection contre les infections sexuellement transmissibles ?	◉ pas du tout efficace ○ plutôt pas efficace ○ moyennement efficace ○ plutôt efficace ○ tout à fait efficace ○ sans opinion
Il n´y a pas de bonne ou mauvaise réponse à cette question. Pour des raisons techniques, nous avons été obligés de choisir une bonne réponse. Veuillez donc ne pas en tenir compte.	

Les prochaines questions concernent le préservatif féminin. Aviez-vous déjà entendu parler du préservatif féminin avant de répondre à ce questionnaire ?	(•) oui ( ) non
Il n´y a pas de bonne ou mauvaise réponse à cette question. Pour des raisons techniques, nous avons été obligés de choisir une bonne réponse. Veuillez donc ne pas en tenir compte.	
Si vous avez répondu oui à la question précédente, à quelle occasion avez-vous entendu parler du préservatif féminin ? (plusieurs réponses possibles) Si vous n´aviez jamais entendu parler du préservatif féminin (et avez donc répondu ´non´ à la question précédente), cochez maintenant la réponse ´autre´ et passez à la question suivante.	[x] cours de la faculté [x] campagnes de prévention contre le VIH, télévision [ ] amis, cercle familial [ ] partenaire sexuel [ ] médecin [ ] autre
Il n´y a pas de bonne ou mauvaise réponse à cette question. Pour des raisons techniques, nous avons été obligés de choisir des bonnes réponses. Veuillez donc ne pas en tenir compte.	
Avez-vous déjà utilisé un préservatif féminin ?	(•) oui ( ) non
Il n´y a pas de bonne ou mauvaise réponse à cette question. Pour des raisons techniques, nous avons été obligés de choisir une bonne réponse. Veuillez donc ne pas en tenir compte.	

Diriez-vous que le préservatif féminin est pratique à utiliser ?	◉ pas du tout pratique ○ plutôt pas pratique ○ moyennement pratique ○ plutôt pratique ○ tout à fait pratique ○ sans opinion
Il n´y a pas de bonne ou mauvaise réponse à cette question. Pour des raisons techniques, nous avons été obligés de choisir une bonne réponse. Veuillez donc ne pas en tenir compte.	
Diriez-vous que le préservatif féminin est agréable à utiliser ?	◉ pas du tout agréable ○ plutôt pas agréable ○ moyennement agréable ○ plutôt agréable ○ tout à fait agréable ○ sans opinion
Il n´y a pas de bonne ou mauvaise réponse à cette question. Pour des raisons techniques, nous avons été obligés de choisir une bonne réponse. Veuillez donc ne pas en tenir compte.	
Diriez-vous que le préservatif féminin est facile à proposer à un(e) partenaire sexuel(le) ?	◉ pas du tout facile à proposer ○ plutôt pas facile à proposer ○ moyennement facile à proposer ○ plutôt facile à proposer ○ tout à fait facile à proposer ○ sans opinion
Il n´y a pas de bonne ou mauvaise réponse à cette question. Pour des raisons techniques, nous avons été obligés de choisir une bonne réponse. Veuillez donc ne pas en tenir compte.	

Diriez-vous que le préservatif féminin est un moyen efficace de protection contre les infections sexuellement transmissibles ?	(•) pas du tout efficace ( ) plutôt pas efficace ( ) moyennement efficace ( ) plutôt efficace ( ) tout à fait efficace ( ) sans opinion
Il n´y a pas de bonne ou mauvaise réponse à cette question. Pour des raisons techniques, nous avons été obligés de choisir une bonne réponse. Veuillez donc ne pas en tenir compte.	
Parmi ces propositions, quelles sont, selon vous, les 3 affirmations les plus pertinentes au sujet du préservatif féminin ? **Merci de ne cocher que 3 réponses.**	[x] il altère moins les sensations que le préservatif masculin pendant le rapport sexuel et transmet mieux la chaleur [x] il est cher et n'est pas disponible aussi facilement que le préservatif masculin en pharmacie [x] une fois mis en place, il n'est pas esthétique et peut effrayer le partenaire [x] il permet d'alterner le port du contraceptif entre les 2 partenaires [x] il peut être mis en place longtemps avant les préliminaires car il ne nécessite pas que le pénis soit en érection [x] il permet à la femme de mieux maîtriser son risque d'exposition au VIH [x] il ne provoque pas d'allergie (car il n'est pas en latex, contrairement au préservatif masculin) [x] la taille du préservatif et ses 2 anneaux peuvent surprendre



	☑ il peut être difficile à mettre en place lors des 1ères utilisations ☑ il provoque un bruit désagréable qui peut perturber le rapport sexuel
Il n´y a pas de bonne ou mauvaise réponse à cette question. Pour des raisons techniques, nous avons été obligés de choisir des bonnes réponses. Veuillez donc ne pas en tenir compte.	

Annexe 2 : copie d'écran du questionnaire post-test en ligne

POST-TEST D'EVALUATION

sondage sur les préservatifs	
Quel est votre sexe?	(•) masculin ( ) féminin
Il n´y a pas de bonne ou mauvaise réponse à cette question. Pour des raisons techniques, nous avons été obligés de choisir une bonne réponse. Veuillez donc ne pas en tenir compte.	
Les prochaines questions concernent le préservatif masculin. Avez-vous déjà utilisé un préservatif masculin ?	(•) oui ( ) non
Il n´y a pas de bonne ou mauvaise réponse à cette question. Pour des raisons techniques, nous avons été obligés de choisir une bonne réponse. Veuillez donc ne pas en tenir compte.	
Diriez-vous que le préservatif masculin est pratique à utiliser ?	(•) pas du tout pratique ( ) plutôt pas pratique ( ) moyennement pratique ( ) plutôt pratique ( ) tout à fait pratique ( ) sans opinion
Il n´y a pas de bonne ou mauvaise réponse à cette question. Pour des raisons techniques, nous avons été obligés de choisir une bonne réponse. Veuillez donc ne pas en tenir compte.	

Diriez-vous que le préservatif masculin est agréable à utiliser ?	◉ pas du tout agréable ○ plutôt pas agréable ○ moyennement agréable ○ plutôt agréable ○ tout à fait agréable ○ sans opinion
Il n´y a pas de bonne ou mauvaise réponse à cette question. Pour des raisons techniques, nous avons été obligés de choisir une bonne réponse. Veuillez donc ne pas en tenir compte.	
Diriez-vous que le préservatif masculin est facile à proposer à un(e) partenaire sexuel(le) ?	◉ pas du tout facile à proposer ○ plutôt pas facile à proposer ○ moyennement facile à proposer ○ plutôt facile à proposer ○ tout à fait facile à proposer ○ sans opinion
Il n´y a pas de bonne ou mauvaise réponse à cette question. Pour des raisons techniques, nous avons été obligés de choisir une bonne réponse. Veuillez donc ne pas en tenir compte.	
Diriez-vous que le préservatif masculin est un moyen efficace de protection contre les infections sexuellement transmissibles ?	◉ pas du tout efficace ○ plutôt pas efficace ○ moyennement efficace ○ plutôt efficace ○ tout à fait efficace ○ sans opinion
Il n´y a pas de bonne ou mauvaise réponse à cette question. Pour des raisons techniques, nous avons été obligés de choisir une bonne réponse. Veuillez donc ne pas en tenir compte.	

<table>
<tr><td>Les prochaines questions concernent le préservatif féminin. Avez-vous utilisé un préservatif féminin depuis mon intervention sur le préservatif féminin ?</td><td>(•) oui
( ) non</td></tr>
<tr><td colspan="2">Il n´y a pas de bonne ou mauvaise réponse à cette question. Pour des raisons techniques, nous avons été obligés de choisir une bonne réponse. Veuillez donc ne pas en tenir compte.</td></tr>
<tr><td>Diriez-vous que cette formation a modifié votre représentation du préservatif féminin ?</td><td>(•) non, pas du tout
( ) non, pas tellement
( ) oui, un peu
( ) oui, plutôt
( ) oui, tout à fait
( ) sans opinion</td></tr>
<tr><td colspan="2">Il n´y a pas de bonne ou mauvaise réponse à cette question. Pour des raisons techniques, nous avons été obligés de choisir des bonnes réponses. Veuillez donc ne pas en tenir compte.</td></tr>
<tr><td>Si un ami vous demandait votre avis, pensez-vous que vous conseilleriez le préservatif féminin ?</td><td>(•) non, pas du tout
( ) non, pas tellement
( ) oui, un peu
( ) oui, plutôt
( ) oui, tout à fait
( ) sans opinion</td></tr>
<tr><td colspan="2">Il n´y a pas de bonne ou mauvaise réponse à cette question. Pour des raisons techniques, nous avons été obligés de choisir une bonne réponse. Veuillez donc ne pas en tenir compte.</td></tr>
</table>

Diriez-vous que le préservatif féminin est pratique à utiliser ?	◉ pas du tout pratique ○ plutôt pas pratique ○ moyennement pratique ○ plutôt pratique ○ tout à fait pratique ○ sans opinion
Il n´y a pas de bonne ou mauvaise réponse à cette question. Pour des raisons techniques, nous avons été obligés de choisir une bonne réponse. Veuillez donc ne pas en tenir compte.	
Diriez-vous que le préservatif féminin est agréable à utiliser ?	◉ pas du tout agréable ○ plutôt pas agréable ○ moyennement agréable ○ plutôt agréable ○ tout à fait agréable ○ sans opinion
Il n´y a pas de bonne ou mauvaise réponse à cette question. Pour des raisons techniques, nous avons été obligés de choisir une bonne réponse. Veuillez donc ne pas en tenir compte.	
Diriez-vous que le préservatif féminin est facile à proposer à un(e) partenaire sexuel(le) ?	◉ pas du tout facile à proposer ○ plutôt pas facile à proposer ○ moyennement facile à proposer ○ plutôt facile à proposer ○ tout à fait facile à proposer ○ sans opinion
Il n´y a pas de bonne ou mauvaise réponse à cette question. Pour des raisons techniques, nous avons été obligés de choisir une bonne réponse. Veuillez donc ne pas en tenir compte.	

Diriez-vous que le préservatif féminin est un moyen efficace de protection contre les infections sexuellement transmissibles ?	◉ pas du tout efficace ○ plutôt pas efficace ○ moyennement efficace ○ plutôt efficace ○ tout à fait efficace ○ sans opinion
Il n´y a pas de bonne ou mauvaise réponse à cette question. Pour des raisons techniques, nous avons été obligés de choisir une bonne réponse. Veuillez donc ne pas en tenir compte.	
Parmi ces propositions, quelles sont, selon vous, les 3 affirmations les plus pertinentes au sujet du préservatif féminin ? **Merci de ne cocher que 3 réponses.**	☑ il altère moins les sensations que le préservatif masculin pendant le rapport sexuel et transmet mieux la chaleur ☑ il est cher et n'est pas disponible aussi facilement que le préservatif masculin en pharmacie ☑ une fois mis en place, il n'est pas esthétique et peut effrayer le partenaire ☑ il permet d'alterner le port du contraceptif entre les 2 partenaires ☑ il peut être mis en place longtemps avant les préliminaires car il ne nécessite pas que le pénis soit en érection ☑ il permet à la femme de mieux maîtriser son risque d'exposition au VIH ☑ il ne provoque pas d'allergie (car il n'est pas en latex, contrairement au préservatif masculin) ☑ la taille du préservatif et ses 2 anneaux peuvent surprendre ☑ il peut être difficile à mettre en place

	lors des 1ères utilisations ☑ il provoque un bruit désagréable qui peut perturber le rapport sexuel
Il n´y a pas de bonne ou mauvaise réponse à cette question. Pour des raisons techniques, nous avons été obligés de choisir des bonnes réponses. Veuillez donc ne pas en tenir compte.	

Références bibliographiques

1. « Le préservatif féminin. Historique et commercialisation » Sida Info service 2003 : 7 pages.

2. Prescrire Rédaction « Préservatif féminin. Une alternative au préservatif masculin » Rev Prescrire 2005 ; 25 (259) : 213-8.

3. Site internet dédié au préservatif féminin, édité par l'association Sida Info Service, 2008. [On-line] Disponible sur http://www.lepreservatif-feminin.fr/ [consulté le 1er février 2012]

4. Site internet d'information sur la contraception, édité par l'INPES et le Ministère de la Santé. [On-line] Disponible sur http://www.choisirsacontraception.fr/ [consulté le 1er février 2012]

5. Mack N, Grey TG, Amsterdam A, Williamson N, Matta CI. Introducing female condoms to female sex workers in Central America. Int Perspect Sex Reprod Health 2010 Sep ; 36 (3) : 149-55.

6. World Health Organization. WHO Information Update: Considerations regarding reuse of the female condom, juillet 2002. [On-line] Disponible sur http://www.who.int/reproductivehealth/topics/rtis/reuse_FC2_info_update.pdf [consulté le 1er février 2012]

7. Smith EJ. Female condom reuse issues explored. Network 2003; 22(4).

8. Peters A, Jansen W, Van Driel F. The female condom: the international denial of a strong potential. Reprod Health Matters 2010 May; 18(35): 119-28.

9. World Health Organization. Department of Reproductive Health and Research. Female condom technical review committee: Summary report on FC2, 2007. [On-line] Disponible sur http://whqlibdoc.who.int/hq/2007/WHO_RHR_07.19_eng.pdf [consulté le 1er février 2012]

10. Farr G, Gabelnick H, Sturgen K, Dorflinger L. Contraceptive efficacy and acceptability of the female condom. Am J Public Health 1994; 84: 1960-4.

11. Trussel J. Contraceptive efficacy of the Reality® female condom. Contraception 1998; 58 (3) : 147-8.

12. Drew WL, Blair M, Miner RC, Conant M. Evaluation of the virus permeability of a new condom for women. Sex Transm Dis. 1990 Apr-Jun; 17(2): 110-2.

13. AMFAR. Issue Brief No.1, 2005 Jan. The effectiveness of condoms in preventing HIV transmission. [On-line] Disponible sur http://www.amfar.org/uploadedFiles/In_the_Community/Publications/condombrief.pdf [consulté le 1er février 2012]

14. Vijayakumar G, Mabude Z, Smit J, Beksinska M, Lurie M. A review of female-condom effectiveness: patterns of use and impact on protected sex acts and STI incidence. Int J STD AIDS. 2006; 17 (10): 652-9.

15. Macaluso M, Lawson ML, Hortin G, Duerr A, Hammond KR, Blackwell R, et al. Efficacy of the female condom as a barrier to semen during intercourse. Am J Epidemiol. 2003 Feb 15; 157(4): 289-97.

16. Macaluso M, Blackwell R, Jamieson DJ, Kulczycki A, Chen MP, Akers R, et al. Efficacy of the male latex condom and of the female polyurethane condom as barriers to semen during intercourse: a randomized clinical trial. Am J Epidemiol. 2007 Jul 1; 166(1): 88-96.

17. French PP, Latka M, Gollub EL, Rogers C, Hoover DR, Stein ZA. Use-effectiveness of the female versus male condom in preventing sexually transmitted disease in women. Sex Transm Dis. 2003; 30(5): 433-9.

18. De Vincenzi I, Serre A, El-Amri M, Braggiotti L. Le préservatif féminin : un essai d'acceptabilité réalisé par un groupe de femmes prostituées à Paris. BEH mars 1994 ; (7) : 33.

19. Deniaud F, Salmon AM, Porcher R, Jdid R, Escande JP, Morel P, et al. Pose et utilisation du préservatif féminin : résultats d'une étude menée entre 1999 et 2001 en centres MST et CDAG à Paris. BEH 2004 ; (11) : 41-4.

20. Kessler C, Tshibangu N, Merkle R, Callensten B. Etude pilote sur l'acceptabilité du préservatif féminin chez des migrantes Subsahariennes de Zurich. Publication de l'Office fédéral de santé publique, Suisse, juin 2005.

21. Lydié N, Léon C. Sexualité, IST et dépistage du VIH. In : Guilbert P, Gautier A. Baromètre santé 2005. Premiers résultats. Editions INPES. p. 109-17. [On-line] Disponible sur http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/888.pdf [consulté le 1er février 2012]

22. Bajos N, Moreau C, Leridon H, Ferrand M. Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ? Population et Sociétés 2004; 407.

23. INED. La pilule : principale méthode de contraception en France. Fiche d'actualité scientifique INED, n°2, novembre 2000.

24. INPES. Contraception : que savent les Français ? Connaissances et opinions sur les moyens de contraception : état des lieux. Dossier de presse, juin 2007. [On-line] Disponible sur http://www.inpes.sante.fr/70000/dp/07/dp070605.pdf
[consulté le 1er février 2012]

25. Leridon H, Bajos N, Oustry P, et l'équipe Cocon. La médicalisation croissante de la contraception en France. Population et Sociétés 2002; 381.

26. Exner TM, Mantell JE, Hoffman S, Adams-Skinner J, Stein ZA, Leu CS. Project REACH : a provider-delivered dual protection intervention for women using family planning services in New York City. AIDS care. 2011 Apr; 23 (4) : 467-75.

27. Friend DR, Doncel GF. Combining prevention of HIV-1, other sexually transmitted infections and unintended pregnancies: Development of dual-protection technologies. Antiviral Res. 2010 Dec; 88 Suppl 1: S47-54.

28. Bajos N, Bozon M, Beltzer N. Premiers résultats de l'enquête CSF. « Contexte de la sexualité en France », Dossier de presse, 13 mars 2007. [On-line] Disponible sur http://www.ancic.asso.fr/documents/rapportinsermsexualite.pdf
[consulté le 1er février 2012]

29. Bulletin Officiel n°22 du 7 juin 2007 relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales. Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche. [On-line] Disponible sur http://www.education.gouv.fr/bo/2007/22/MENS0753287A.htm
[consulté le 1er février 2012]

30. Shindel AW, Ferguson GG, Nelson CJ, Brandes SB. The sexual lives of medical students: a single institution survey. J Sex Med 2008; 5(4):796-803.

31. Daniyam CA, Agaba PA, Agaba EI. Sexual behavior or medical students: A single institutional survey. Afr Health Sci 2010;10(2):150-3.

32. Rowen TS, Smith JF, Eisenberg ML, Breyer BN, Drey EA, Shindel AW. Contraceptive usage patterns in North American medical students. Contraception 2011; 83(5):459-65.

33. Wittenberg A, Gerber J. Recommendations for improving sexual health curricula in medical schools: results from a two-arm study collecting data from patients and medical students. J Sex Med 2009; 6(2):362-8.

34. Larsson M, Eurenius K, Westerling R, Tydén T. Evaluation of a sexual education intervention among Swedish high school students. Scand J Public Health 2006; 34(2):124-31.

35. Gelly J, Aubert JP, Cartier T, Le Bel J, Nougairède M. Evaluation de l'impact immédiat d'un dispositif pédagogique de formation « hybride » sur les connaissances des étudiants de second cycle en matière de prévention en soins primaires. Pédagogie Médicale 2011 ; 12(3) :149-58.

36. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P, Letrilliart L, et al. Introduction à la recherche qualitative. Exercer 2008 ; 84 :142-5.

37. Aubin-Auger I, Stalnikiewicz B, Mercier A, Lebeau JP, Baumann L, et al. Diriger une thèse qualitative : difficultés et solutions possibles. Exercer 2010 ; 93 :111-4.

FICHE DE THESE

Etudiant : LHUILLIER Laurenne

Tuteur : Dr FRARIER

Directeur de thèse: Pr NOUGAIREDE

Date de soumission du projet 06/01/2009

Remarques de la commission : L'objectif n'est pas d'étudier les représentations, mais les modifications des représentations induites par l'intervention. Le critère principal de jugement doit également être revu, il le sera ce soir même au cours de la présentation du projet en soirée thèse**.** Excellent projet innovant.

Décision de la commission : **agréé**

Thème Contraception et prévention des IST : représentation du préservatif féminin chez les futurs médecins.

Justification Le préservatif féminin semble mal connu des médecins, et de ce fait, est peu proposé aux femmes. Il bénéficie pourtant d'une efficacité comparable à celle du préservatif masculin en matière de contraception et de protection contre les infections sexuellement transmissibles. Son intérêt est d'être une réelle alternative au préservatif masculin, notamment si celui-ci est refusé ou mal accepté par le partenaire, avec certains avantages :

- il ne provoque pas d'allergie (car il n'est pas en latex, contrairement au préservatif masculin),
- il est plus résistant que le préservatif masculin,
- il permet d'alterner le port du contraceptif entre les 2 partenaires dans les couples en général, les couples séro-différents pour le VIH, ou si l'un des partenaires présente une IST,

- il présente également certains avantages subjectifs : son composant, le polyuréthane, transmettrait mieux la chaleur lors du rapport sexuel que le latex du préservatif masculin, il est possible de le mettre en place et de le retirer à distance du rapport sexuel, sa lubrification importante présente certains avantages dans les cas de sécheresse vaginale.

Malgré tous ces avantages, la promotion et la diffusion du préservatif féminin en France sont faibles. Il souffre d'une image négative, en raison de son aspect inhabituel, de sa taille et de la présence des anneaux.

Objectifs L'objectif de la thèse est d'étudier la représentation du préservatif féminin chez les futurs médecins, en évaluant les raisons avancées pour l'acceptation ou le rejet de ce préservatif, puis de tenter de modifier cette représentation par une formation.

Hypothèse Une formation des futurs médecins sur les avantages et inconvénients du préservatif féminin est susceptible de modifier leur représentation de cet outil de contraception.

Je pense mesurer cette modification de représentation grâce à un questionnaire (pré-test et post-test).

Mes hypothèses sont les suivantes :

- 30% (ou plus) des étudiants interrogés auront modifié leurs réponses à la question 10 (il s'agit d'une question où je leur demande de choisir les 3 affirmations les plus pertinentes au sujet du préservatif féminin parmi une liste de 14 propositions, cf «méthode» , j'évaluerai la modification de la manière suivante : pour les étudiants ayant choisi au moins 2 propositions «inconvénients» lors du pré-test, le critère sera de choisir au moins 2 propositions «avantages» lors du post-test)
- 10% (ou plus) des étudiants interrogés auront expérimenté le préservatif féminin lors du post-test

Question Une formation sur le préservatif féminin permet-elle de modifier sa représentation chez les futurs médecins ?

Méthode Je propose de soumettre un questionnaire d'opinion au sujet du préservatif féminin à un groupe d'étudiants en médecine.

1) Chronologie de l’étude

Ce questionnaire se divisera en deux parties : un pré-test et un post-test (ce qui fait que les étudiants seront leurs propres témoins dans mon étude, grâce à un appariement du pré-test d’un étudiant avec le post-test de ce même étudiant). Ces deux questionnaires seront remplis via internet si possible, pour préserver l’anonymat des répondants. Les conditions de recueil seront les mêmes lors du pré-test et du post-test, le questionnaire est adressé par internet aux étudiants, un numéro d’anonymat permet d’apparier les 2 questionnaires.

- Le questionnaire pré-test sera rempli quelques jours avant le cours pendant lequel j’interviendrai. Les non-répondants seront relancés une fois.
- Je réaliserai alors une formation d’environ quinze minutes sur le préservatif féminin, en répondant aux questions des étudiants et en tentant de modifier leurs préjugés autour de ce moyen de contraception.
- Le questionnaire post-test sera rempli par les étudiants plusieurs semaines après cette formation sur le préservatif féminin, ce qui leur permettra éventuellement de le tester entre-temps (distribution de préservatifs féminins lors de la formation).

L’enjeu est de comparer la représentation que les étudiants se font du préservatif féminin avant et après mon intervention.

2) Le questionnaire

Il est composé de 11 questions, qui seront identiques lors du pré-test et du post-test, à l’exception de la question 5.

-les questions 1 à 3 permettent de caractériser les étudiants, dans le but de former des sous-groupes (sexe, année de naissance, année d’étude),

-les questions 4 et 5 portent sur l’expérience des 2 préservatifs,

-les questions 6 à 9 permettent de comparer les qualités des 2 préservatifs selon 4 qualificatifs : facile à utiliser, agréable, facile à proposer au partenaire, efficace en terme de protection contre les IST,

-la question 10 me permet plus précisément d'évaluer la représentation du préservatif féminin, il s'agit de choisir les 3 affirmations les plus pertinentes parmi une liste indifférenciée d'avantages et d'inconvénients de ce préservatif,

-la question 11 porte sur les indications à proposer le préservatif féminin.

3) Les sujets interrogés

Je propose tout d'abord de soumettre ce questionnaire à un groupe d'étudiants en DCEM 2 : j'interviendrai à l'occasion d'un cours à la Faculté Paris VII, lors du Certificat optionnel de prévention proposé par le DMG. Je pense réaliser la formation sur le préservatif féminin pendant le cours sur les infections sexuellement transmissibles. Cela représente un échantillon de 200 externes.

Je pense réaliser la même intervention sur un groupe d'internes en Médecine Générale, par exemple lors de leur stage de niveau I, mais je n'ai pas encore décidé des modalités. (cours à la Faculté réservé au stage de niveau I). Cela représenterait 40 internes.

Bibliographie

- Préservatifs féminins et masculins : Idées-forces tirées de la revue Prescrire. La Revue Prescrire. 2007, 27 (283) : 377-38

- Notes sur l'acceptabilité du préservatif féminin : Étude auprès d'étudiantes et étudiants abidjanais. Bahi, Aghi Auguste. Athenea Digital. 2008, 13 : 105-119

Recrutement des investigateurs

○ Je souhaite solliciter pour ce projet des investigateurs maîtres de stage sur toute l'Ile de France et dépose pour cela une demande auprès de la Commission IDF d'harmonisation des thèses.

○ Je souhaite pour ce projet la collaboration des investigateurs maîtres de stage de Paris DIDEROT

◉ Je me charge de recruter les investigateurs pour mon projet (par exemple ils seront tirés au sort, ou bien je les trouverai seul(e), ou bien j'utiliserai un réseau de soins...)

PERMIS D'IMPRIMER

VU :

Le Président de thèse
Université Paris Diderot – Paris 7
Le Professeur Michel Nougairède

Date 2/2/2012

VU :

Le Doyen de la Faculté de Médecine
Université Paris Diderot - Paris 7
Professeur Benoît Schlemmer

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Pour le Président de l'Université Paris Diderot - Paris 7
et par délégation

Le Doyen

Benoît SCHLEMMER

Résumé

INTRODUCTION : L'efficacité du préservatif féminin comme moyen de contraception est équivalente à celle du préservatif masculin. Le préservatif féminin est le seul moyen de protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST) à l'initiative de la femme. Sa diffusion est faible en France, et sa promotion est très peu réalisée par les médecins.

METHODE : Enquête d'opinion auprès des étudiants en médecine participant au certificat complémentaire optionnel de médecine préventive de l'Université Paris Diderot. Intervention : promotion du préservatif féminin, démonstration et distribution d'échantillons aux étudiants. Comparaison des réponses avant et après intervention.

RESULTATS : 124 étudiants ont répondu au pré-test et au post-test : 33 hommes (27%) et 91 femmes (73%). 9 étudiants (7%) avaient déjà essayé un préservatif féminin avant l'intervention. 18 étudiants (15%) l'ont essayé pour la première fois après l'intervention (8 hommes et 10 femmes). 83 étudiants (67%) ont estimé que l'intervention avait modifié leur représentation du préservatif féminin, et 61 étudiants (49%) le conseilleraient à un ami. Les avantages du préservatif féminin mis en avant par les étudiants sont : réappropriation par la femme de la maîtrise de son exposition aux IST, possibilité de mise en place à distance des rapports sexuels. Les inconvénients retenus sont : aspect inesthétique et inhabituel, prix élevé, faible diffusion en pharmacie.

CONCLUSION : Une intervention unique sur le préservatif féminin auprès des étudiants en médecine permet de modifier globalement leurs représentations. Certains inconvénients restent un rempart à sa diffusion.

Mots-clés : Préservatif féminin ; Maladies sexuellement transmissibles ; Contraception ; Etudiant médecine ; Médecine générale

Summary

INTRODUCTION: The effectiveness of the female condom as a contraceptive method is equivalent to the male condom. The female condom is the only women-initiated method available for protection against sexually transmitted infections (STIs). Its circulation is low in France. It is rarely promoted by doctors.

METHODS: Opinion survey among second year postgraduate medical students undertaking an optional course on prevention at Paris Diderot University. Intervention: promotion and demonstration of female condom, followed by distribution of samples to medical students. Comparison of responses before and after intervention.

RESULTS: 124 students completed the pretest and posttest survey: 33 men (27%) and 91 women (73%). 9 students (7%) had tried a female condom before the intervention. 18 students (15%) have tried it for the first time after the intervention (8 men and 10 women). 83 students (67%) felt that the intervention had changed their representation of the female condom. 61 students (49%) would advise it to a friend. The advantages of the female condom put forward by students are: women reappropriation of the control over the exposure to STIs, possibility of setting up before sex. The disadvantages identified are: unsightly and unusual, high price, low diffusion in pharmacy.

CONCLUSION: A single intervention on the female condom among medical students is able to change their representations. Some drawbacks remain a bulwark to its dissemination.

Keywords: Female condom; Sexually transmitted diseases; Contraception; Medical student; Family practice.